EDITORIAL
Mundos Alternos

INNOVACIÓN EN EL CUIDADO INTEGRAL DEL PACIENTE

Evidencia, humanización y calidad en salud

AUTORES

Barrera Cunalata, Daniela Lizbeth
Leon Verdesoto, Genesis Jazmin
Carlos Eduardo, Morales Medina
Medina Quinga, Jennifer Adriana
Guanin Choco, Maria de los Angeles

Créditos

INNOVACIÓN EN EL CUIDADO INTEGRAL DEL PACIENTE
Evidencia, humanización y calidad en salud

Autores

Barrera Cunalata, Daniela Lizbeth
Leon Verdesoto, Genesis Jazmin
Carlos Eduardo, Morales Medina
Medina Quinga, Jennifer Adriana
Guanin Choco, Maria de los Angeles

ISBN: 978-9942-593-52-8

Revisión científica:
Dra. Angelita Martinez – Universidad de Buenos Aires
Phd. Marcia Arbustin – Universidad Nacional de Rosario

Publicación autorizada por: La Comisión Editorial presidida por Andrea Maribel Aldaz

Corrección de estilo y diseño: MSc.. Andrea Maribel Aldaz

Imagen de cubierta: Diseño del autor

Derechos reservados. Se prohíbe la reproducción de esta obra por cualquier medio impreso, reprográfico o electrónico. El contenido, uso de fotografía, gráficos, cuadros, tablas, y referencias es de exclusiva responsabilidad de los autores.

Los derechos de esta edición digital son de los autores.

Dedicatoria

Dedicamos esta obra a quienes han hecho del cuidado de la salud una expresión de humanidad, conocimiento y compromiso con la vida.

A los profesionales sanitarios que, desde diferentes disciplinas, acompañan diariamente a las personas en momentos de vulnerabilidad, incertidumbre y esperanza, comprendiendo que detrás de cada diagnóstico existe una historia, una familia y un ser humano que merece ser escuchado, respetado y cuidado con dignidad.

A nuestros estudiantes y futuros profesionales de la salud, con la esperanza de que encuentren en estas páginas conocimientos que fortalezcan su formación y, sobre todo, razones para ejercer su profesión con ética, sensibilidad, pensamiento crítico y vocación de servicio.

Y a nuestras familias, cuyo apoyo, paciencia y confianza acompañan cada proyecto y hacen posible transformar el conocimiento y la experiencia en nuevas contribuciones académicas.

Los autores

Agradecimientos

Expresamos nuestro profundo agradecimiento a todas las personas que, directa o indirectamente, hicieron posible la construcción de esta obra.

A nuestras familias, por su apoyo constante, comprensión y acompañamiento durante las horas dedicadas a la investigación, reflexión y escritura.

A nuestros colegas y profesionales del ámbito sanitario, cuyas experiencias y conocimientos nos recuerdan permanentemente que la excelencia en salud no depende únicamente de los avances científicos y tecnológicos, sino también de la capacidad de escuchar, comprender y responder con sensibilidad ante las necesidades de cada persona.

A nuestros estudiantes, quienes mediante sus preguntas, inquietudes y deseo de aprender constituyen una motivación permanente para continuar investigando, enseñando y construyendo conocimiento.

Finalmente, nuestro reconocimiento a quienes trabajan diariamente por transformar los servicios de salud y construir una atención más segura, ética, equitativa, humanizada y basada en evidencia.

Esperamos que esta obra contribuya a ese propósito y permita reafirmar una convicción que atraviesa cada uno de sus capítulos: la ciencia y la tecnología alcanzan su mayor sentido cuando se ponen al servicio de la dignidad, el bienestar y el cuidado integral del ser humano.

Los autores

Prólogo

La atención sanitaria contemporánea atraviesa un proceso de transformación profunda. Los avances científicos, la incorporación de tecnologías digitales, el desarrollo de la inteligencia artificial, la expansión de la telesalud y la creciente disponibilidad de información clínica están modificando la manera en que los profesionales comprenden, organizan y proporcionan el cuidado. Sin embargo, en medio de esta evolución permanece una realidad esencial: cuidar implica reconocer a la persona en toda su complejidad humana**.**

La enfermedad no constituye únicamente una alteración biológica. Puede modificar la autonomía, generar incertidumbre, afectar las relaciones familiares, transformar proyectos de vida y producir necesidades emocionales, sociales y psicológicas que requieren ser comprendidas junto con las manifestaciones físicas. Por esta razón, avanzar hacia una atención verdaderamente integral supone superar perspectivas fragmentadas y reconocer al paciente como una persona con historia, valores, preferencias, derechos y necesidades particulares.

Esta obra surge precisamente desde esa concepción. Su propósito es ofrecer una aproximación científica, actual y reflexiva al cuidado integral del paciente, articulando dimensiones que en ocasiones han sido estudiadas de manera independiente: humanización, práctica basada en evidencia, calidad asistencial, seguridad del paciente, innovación tecnológica, ética y participación activa de pacientes y familias.

A lo largo de sus capítulos se sostiene una premisa fundamental: la excelencia sanitaria se construye mediante la integración del conocimiento científico con la sensibilidad humana. La evidencia permite orientar decisiones y disminuir incertidumbres; la experiencia profesional aporta juicio clínico y comprensión contextual; mientras que las preferencias, valores y necesidades del paciente permiten determinar qué alternativas poseen verdadero significado dentro de su realidad particular.

Desde esta perspectiva, el primer capítulo aborda los fundamentos del cuidado integral y la evolución de las concepciones que han orientado históricamente la atención sanitaria. Comprender esta evolución permite reconocer el tránsito desde modelos predominantemente centrados en la enfermedad hacia enfoques que incorporan las dimensiones física, psicológica, social y emocional de la persona, así como la relevancia de la relación terapéutica, la autonomía, la dignidad y el respeto.

El segundo capítulo profundiza en la humanización de la atención sanitaria. La comunicación efectiva, la escucha activa, la empatía, la compasión y la participación de pacientes y familias son analizadas como componentes esenciales de una práctica capaz de responder no solamente a necesidades clínicas, sino también a aquellas que emergen de la experiencia humana de enfermar. Asimismo, se examinan las barreras organizacionales y profesionales que pueden dificultar una cultura verdaderamente humanizada.

El tercer capítulo sitúa a **la** práctica basada en evidencia como uno de los pilares de la atención contemporánea. La búsqueda y valoración crítica de información científica, las guías de práctica clínica, la experiencia profesional y las preferencias del paciente deben converger en procesos de toma de decisiones responsables. La evidencia, por tanto, no sustituye el juicio profesional ni la participación de la persona; proporciona fundamentos para fortalecerlos.

La calidad y seguridad del paciente constituyen el eje del cuarto capítulo. Identificar riesgos, prevenir eventos adversos, evaluar indicadores, fortalecer la continuidad asistencial y desarrollar procesos permanentes de mejora representan responsabilidades esenciales de las instituciones y los equipos multidisciplinarios. La calidad deja así de comprenderse como una característica abstracta de los servicios para convertirse en un proceso sistemático de evaluación, aprendizaje y transformación. Finalmente, el quinto capítulo dirige la mirada hacia uno de los escenarios de mayor transformación de la atención sanitaria: la innovación y la salud digital. Inteligencia artificial, telemedicina, telesalud, dispositivos de monitoreo y sistemas digitales ofrecen posibilidades extraordinarias para ampliar el acceso, anticipar riesgos, personalizar determinadas intervenciones y mejorar la continuidad del cuidado. Sin embargo, estas tecnologías también plantean interrogantes relacionados con privacidad, protección de datos, sesgos, autonomía, responsabilidad y equidad.

La incorporación tecnológica exige, por ello, una reflexión particularmente cuidadosa. No toda innovación constituye necesariamente progreso. Su verdadero valor depende de su capacidad para producir beneficios clínicamente relevantes sin deteriorar dimensiones fundamentales de la atención. La tecnología debe permanecer al servicio del cuidado y no transformar el cuidado en un proceso subordinado exclusivamente a datos, plataformas o algoritmos. Esta reflexión adquiere especial importancia frente al desarrollo acelerado de la inteligencia artificial. Las tecnologías contemporáneas pueden procesar volúmenes de información imposibles de analizar manualmente, reconocer patrones complejos y apoyar determinadas decisiones. Sin embargo, ninguna capacidad computacional elimina la responsabilidad profesional ni determina por sí misma qué resultado posee mayor valor para una persona.

El futuro de la atención sanitaria requerirá, por tanto, profesionales capaces de integrar competencias científicas, tecnológicas, éticas y humanas. Será necesario comprender datos y evidencia, pero también comunicar incertidumbre; utilizar sistemas digitales, pero conservar pensamiento crítico; incorporar inteligencia artificial, pero reconocer sus limitaciones; mejorar eficiencia, pero proteger el tiempo necesario para escuchar y acompañar. Esta obra está dirigida a estudiantes, docentes, investigadores, profesionales de enfermería y de otras disciplinas sanitarias, así como a quienes participan en la gestión y transformación de los servicios de salud. Más que presentar respuestas definitivas, pretende proporcionar fundamentos que permitan comprender los desafíos contemporáneos y reflexionar críticamente sobre las decisiones que determinarán la evolución del cuidado.

Cada capítulo invita a observar la atención sanitaria desde una perspectiva integradora. Ciencia y humanización no representan caminos opuestos; seguridad y empatía tampoco. Innovación y ética no deberían avanzar separadamente. La verdadera transformación ocurre cuando estas dimensiones pueden encontrarse dentro de un mismo modelo de atención.

En definitiva, cuidar integralmente significa comprender que detrás de cada indicador existe una experiencia; detrás de cada diagnóstico, una historia; detrás de cada decisión clínica, una persona; y detrás de cada innovación, una responsabilidad.

Esperamos que las páginas siguientes contribuyan a fortalecer una práctica sanitaria científicamente fundamentada, segura, crítica y sensible, capaz de incorporar los avances del presente sin perder aquello que constituye la esencia del cuidado: reconocer, respetar y acompañar al ser humano en su totalidad.

Los autores

Nota editorial

La presente obra nace de la necesidad de comprender el cuidado de la salud desde una perspectiva amplia, contemporánea y profundamente humana. En un escenario sanitario caracterizado por la transformación tecnológica, el crecimiento permanente del conocimiento científico y la aparición de nuevas formas de interacción entre profesionales, pacientes y familias, resulta indispensable disponer de propuestas académicas capaces de integrar evidencia científica, calidad asistencial, seguridad, innovación y humanización**.** El cuidado integral del paciente constituye hoy mucho más que la respuesta clínica frente a una enfermedad. Implica reconocer las dimensiones físicas, psicológicas, emocionales y sociales que intervienen en los procesos de salud y enfermedad, así como comprender la importancia de la dignidad, autonomía, comunicación, empatía y participación de las personas en las decisiones relacionadas con su atención. Desde esta perspectiva, la obra desarrolla un recorrido progresivo que parte de los fundamentos del cuidado integral y avanza hacia algunos de los principales desafíos de los sistemas sanitarios contemporáneos. La humanización de los servicios de salud, la práctica basada en evidencia, la seguridad del paciente, la evaluación de la calidad y el trabajo interdisciplinario conforman ejes esenciales de una atención orientada hacia resultados clínicamente relevantes y humanamente significativos.

Especial atención merece la transformación digital de la salud. La telemedicina, la telesalud, los sistemas de monitoreo, la inteligencia artificial y las nuevas tecnologías de apoyo a las decisiones están modificando progresivamente los escenarios asistenciales. La obra aborda estas innovaciones desde una perspectiva crítica y equilibrada, reconociendo sus posibilidades sin desconocer los desafíos relacionados con privacidad, protección de datos, equidad, autonomía, transparencia y responsabilidad profesional. Uno de los principales aportes de esta publicación reside precisamente en evitar una separación artificial entre ciencia y humanidad, tecnología y cuidado, innovación y ética**.** El desarrollo científico alcanza su verdadero sentido cuando contribuye a mejorar la experiencia y los resultados de las personas, mientras que la humanización necesita apoyarse en prácticas seguras, conocimiento actualizado y decisiones fundamentadas en evidencia. El contenido ha sido concebido con orientación académica y científica, mediante la incorporación de literatura especializada y fuentes contemporáneas que permiten contextualizar los cambios experimentados por la atención sanitaria. Su estructura favorece tanto una lectura secuencial como la consulta independiente de sus diferentes capítulos y apartados.

Por estas características, esta obra está dirigida a estudiantes, docentes, investigadores y profesionales de enfermería y de las distintas áreas de las ciencias de la salud, así como a gestores y responsables de servicios interesados en fortalecer modelos de atención centrados en las personas. Desde el ámbito editorial, consideramos que esta publicación constituye una contribución pertinente para la formación y actualización profesional, especialmente en un momento histórico en el que los sistemas sanitarios necesitan responder simultáneamente a mayores exigencias científicas, tecnológicas, éticas y sociales. Presentamos, por tanto, una obra que invita no solamente a conocer nuevas perspectivas sobre el cuidado, sino también a reflexionar sobre su propósito fundamental. Porque independientemente de cuánto evolucionen las tecnologías, los modelos asistenciales o las capacidades diagnósticas, la esencia de la atención sanitaria continuará encontrándose en la responsabilidad de cuidar a una persona con conocimiento, seguridad, respeto y dignidad**.**

El Comité Editorial

Introducción general

Los sistemas de salud contemporáneos atraviesan un periodo de profundas transformaciones. El incremento de las enfermedades crónicas, el envejecimiento poblacional, las nuevas necesidades de atención, la creciente complejidad clínica y el acelerado desarrollo científico y tecnológico han modificado las formas tradicionales de comprender y proporcionar cuidado. En este escenario, garantizar una atención técnicamente correcta resulta indispensable, pero ya no suficiente. La calidad sanitaria exige reconocer al paciente como una persona integral, con necesidades físicas, psicológicas, emocionales y sociales que interactúan a lo largo del proceso de salud y enfermedad.

El concepto de cuidado integral surge precisamente de esta necesidad de superar modelos fragmentados de atención. Desde esta perspectiva, la enfermedad no puede analizarse únicamente mediante signos, síntomas, resultados de laboratorio o diagnósticos. Cada proceso de enfermedad ocurre dentro de una realidad individual y familiar particular, influida por experiencias previas, condiciones sociales, valores, expectativas, recursos disponibles y proyectos de vida. Comprender esta complejidad constituye uno de los principales desafíos de los profesionales y las instituciones sanitarias.

La atención centrada en la persona representa uno de los fundamentos de esta transformación. Este enfoque reconoce que los pacientes no son receptores pasivos de intervenciones, sino participantes activos que poseen conocimientos sobre su propia experiencia, preferencias respecto de las alternativas disponibles y derecho a intervenir en las decisiones relacionadas con su salud. La Organización Mundial de la Salud ha señalado la importancia de avanzar hacia servicios integrados y centrados en las personas como parte del fortalecimiento de los sistemas sanitarios (World Health Organization [WHO], 2016).

Desde esta concepción, cuidar significa mucho más que aplicar procedimientos correctamente. Supone establecer relaciones terapéuticas basadas en respeto, comunicación, confianza y reconocimiento de la dignidad humana. La calidad del encuentro entre profesionales, pacientes y familias puede influir en la comprensión de las recomendaciones, la participación en las decisiones, la continuidad del tratamiento y la experiencia general de atención.

El cuidado como proceso multidimensional

La comprensión contemporánea de la salud reconoce la interacción entre múltiples dimensiones de la experiencia humana. Las necesidades físicas continúan siendo fundamentales, pero no pueden analizarse independientemente de los factores psicológicos, emocionales y sociales.

Una enfermedad puede producir dolor o limitaciones funcionales y, simultáneamente, generar miedo, incertidumbre, cambios familiares, dificultades laborales o pérdida de autonomía. De igual manera, las condiciones sociales pueden modificar las posibilidades reales de seguir un tratamiento o acceder oportunamente a los servicios.

El cuidado integral requiere identificar estas interacciones y responder de manera proporcional a las necesidades de cada persona. Esto no significa que un único profesional deba resolver todas las dimensiones de la atención. Por el contrario, evidencia la importancia de la coordinación y el trabajo interdisciplinario.

La fragmentación constituye uno de los principales obstáculos para esta perspectiva. Cuando diferentes profesionales intervienen sin mecanismos suficientes de comunicación, el paciente puede recibir recomendaciones contradictorias, repetir información y experimentar discontinuidades. La integralidad exige que las diferentes intervenciones formen parte de una trayectoria asistencial comprensible y coordinada.

Humanización de la atención sanitaria

La creciente complejidad de los sistemas sanitarios ha generado también la necesidad de recuperar y fortalecer la dimensión humana del cuidado. La presión asistencial, la sobrecarga laboral, la burocratización y el uso creciente de tecnologías pueden reducir las oportunidades de comunicación significativa cuando no existen condiciones organizacionales adecuadas.

La humanización no debe confundirse con amabilidad superficial. Constituye una orientación ética y profesional basada en el reconocimiento de la persona como sujeto de derechos, necesidades, valores y experiencias.

Escuchar activamente, proporcionar información comprensible, respetar la autonomía, preservar la privacidad y reconocer las necesidades emocionales forman parte de una atención humanizada.

La empatía y la compasión adquieren especial importancia en situaciones de vulnerabilidad. El profesional necesita comprender la perspectiva del paciente sin perder la capacidad para tomar decisiones técnicamente fundamentadas. Humanización y rigor científico no son dimensiones contrapuestas. Una atención verdaderamente humanizada también necesita ser segura, efectiva y basada en conocimiento confiable.

Evidencia científica y toma de decisiones

La expansión del conocimiento sanitario ha transformado significativamente la práctica profesional. Actualmente resulta imposible depender únicamente de la experiencia individual para responder a la complejidad de las decisiones clínicas.

La práctica basada en evidencia proporciona un marco para integrar la mejor evidencia científica disponible con la experiencia profesional y las preferencias y circunstancias del paciente. Este enfoque permite disminuir decisiones sustentadas exclusivamente en tradición, intuición o hábitos institucionales.

Sin embargo, utilizar evidencia no significa aplicar resultados de investigaciones de manera automática.

Los estudios proporcionan estimaciones obtenidas en determinadas poblaciones y condiciones. El profesional debe valorar su calidad, aplicabilidad y pertinencia para la persona concreta.

Las guías de práctica clínica y los protocolos pueden contribuir a reducir variaciones injustificadas y fortalecer la seguridad. No obstante, deben utilizarse mediante juicio profesional. Ninguna recomendación puede representar completamente todas las circunstancias individuales.

Por esta razón, la toma de decisiones compartida constituye un complemento fundamental. La evidencia puede ayudar a determinar qué alternativas son razonables; la conversación con el paciente permite identificar cuál de ellas resulta más coherente con sus valores y prioridades.

Calidad y seguridad del paciente

La atención integral necesita desarrollarse dentro de sistemas capaces de garantizar calidad y seguridad.

Los eventos adversos representan una preocupación permanente porque una intervención destinada a mejorar la salud puede producir daños cuando existen fallas en procesos, comunicación, identificación, medicación o coordinación.

La seguridad contemporánea ha evolucionado desde perspectivas centradas exclusivamente en identificar errores individuales hacia enfoques que analizan las condiciones organizacionales que permiten que estos ocurran. La Organización Mundial de la Salud considera la seguridad del paciente una prioridad fundamental y ha impulsado estrategias dirigidas a reducir daños evitables dentro de los sistemas sanitarios (WHO, 2021a).

Esta perspectiva favorece una cultura orientada al aprendizaje.

Cuando ocurre un incidente, resulta necesario comprender no solamente quién participó, sino qué condiciones contribuyeron a que sucediera. Procesos mal diseñados, sobrecarga, problemas de comunicación o sistemas tecnológicos inadecuados pueden aumentar la probabilidad de error.

La mejora continua surge precisamente de la capacidad institucional para medir resultados, identificar problemas, implementar cambios y evaluar posteriormente sus efectos.

Por ello, los indicadores de calidad poseen importancia cuando permiten orientar decisiones. Medir por medir genera información sin transformación. La evaluación adquiere verdadero sentido cuando los resultados se utilizan para mejorar el cuidado.

Continuidad e interdisciplinariedad

Las necesidades sanitarias contemporáneas requieren cada vez con mayor frecuencia la participación de diferentes profesionales y niveles de atención.

Una persona con múltiples enfermedades crónicas puede interactuar con medicina, enfermería, farmacia, nutrición, rehabilitación, psicología y otras disciplinas. Esta diversidad puede enriquecer considerablemente la atención cuando existe coordinación.

Sin embargo, también puede aumentar la fragmentación.

El trabajo interdisciplinario no consiste únicamente en reunir diferentes profesiones alrededor del mismo paciente. Requiere objetivos compartidos, comunicación y reconocimiento de las responsabilidades de cada integrante.

La continuidad adquiere especial importancia durante transiciones entre servicios. El alta hospitalaria, la derivación hacia especialistas o el regreso hacia atención primaria constituyen momentos en los que pueden producirse pérdidas de información.

Una atención integral necesita garantizar que la persona comprenda qué ocurrirá posteriormente, quién continuará su seguimiento y qué acciones debe realizar.

Transformación digital del cuidado

La innovación tecnológica constituye actualmente uno de los principales factores de transformación sanitaria. Historias clínicas electrónicas, telesalud, dispositivos portátiles, monitoreo remoto, aplicaciones móviles e inteligencia artificial están modificando progresivamente la manera de recopilar información, comunicarse y proporcionar determinadas intervenciones.

Estas herramientas pueden ampliar el acceso y favorecer continuidad.

La telesalud permite desarrollar algunas actividades sin necesidad de desplazamiento. Los dispositivos de monitoreo pueden proporcionar información entre consultas. Los sistemas de apoyo a decisiones pueden ayudar a organizar grandes cantidades de datos.

Sin embargo, la innovación no produce beneficios automáticamente.

Una tecnología puede resolver un problema y crear simultáneamente otros. Sistemas mal integrados pueden aumentar la carga profesional; dispositivos difíciles de utilizar pueden excluir a determinadas personas; y la recopilación excesiva de datos puede generar riesgos de privacidad.

Por ello, la transformación digital necesita evaluarse mediante los mismos principios de calidad aplicables a otras intervenciones: seguridad, efectividad, utilidad, equidad y aceptabilidad.

Inteligencia artificial y atención sanitaria

La inteligencia artificial representa uno de los desarrollos tecnológicos con mayor potencial para modificar determinadas actividades sanitarias. Los sistemas actuales pueden analizar imágenes, procesar lenguaje, identificar patrones, generar predicciones y apoyar tareas de documentación.

La aparición de modelos generativos y multimodales ha ampliado considerablemente estas posibilidades.

No obstante, el incremento de capacidad tecnológica también aumenta las responsabilidades asociadas con su utilización.

Los sistemas pueden generar errores, reproducir sesgos presentes en los datos o presentar resultados difíciles de interpretar. Por esta razón, la OMS establece principios de autonomía, seguridad, transparencia, responsabilidad, inclusión y sostenibilidad para la gobernanza de la IA aplicada a salud (WHO, 2021b).

Posteriormente, frente al desarrollo de grandes modelos multimodales, la OMS (2024) reforzó la necesidad de establecer mecanismos específicos de evaluación, supervisión y gobernanza.

Estas orientaciones permiten comprender que la IA no debe evaluarse únicamente mediante su rendimiento técnico.

Una herramienta puede presentar elevada precisión y producir poco valor cuando no se integra adecuadamente al contexto asistencial.

La tecnología debe apoyar el juicio profesional, no eliminar la responsabilidad humana.

Privacidad y protección de datos

La digitalización incrementa también la cantidad de información sanitaria disponible.

Historias clínicas, plataformas digitales, aplicaciones, sensores y algoritmos pueden procesar datos extremadamente sensibles.

La protección de esta información constituye una dimensión fundamental de la confianza.

Privacidad, confidencialidad y ciberseguridad deben incorporarse desde el diseño de los sistemas.

La recopilación debería mantenerse proporcional a la finalidad asistencial y los accesos limitarse según responsabilidades.

Este desafío se vuelve especialmente complejo cuando los datos pueden utilizarse posteriormente para investigación o desarrollo de algoritmos.

La posibilidad técnica de reutilizar información no constituye por sí misma una justificación ética.

La innovación necesita acompañarse de mecanismos de gobernanza capaces de establecer finalidades legítimas, responsabilidades y garantías para las personas.

Equidad frente a la transformación tecnológica

Los beneficios de la innovación tampoco se distribuyen automáticamente de manera equitativa.

Las diferencias en conectividad, recursos económicos, alfabetización digital, ubicación geográfica y accesibilidad pueden modificar las posibilidades de utilizar determinados servicios.

Una transformación tecnológica que beneficia principalmente a quienes ya poseen mejores condiciones de acceso puede ampliar desigualdades.

La equidad debe considerarse desde las primeras etapas de diseño.

Esto implica desarrollar interfaces accesibles, proporcionar alternativas cuando las modalidades digitales no resulten apropiadas y evitar asumir que todas las personas poseen las mismas competencias tecnológicas.

La personalización del cuidado debe considerar también estas diferencias.

El papel de pacientes y familias

El cuidado integral reconoce la importancia de pacientes y familias dentro del proceso asistencial.

La participación puede mejorar la comprensión de objetivos y facilitar decisiones coherentes con las preferencias individuales.

Sin embargo, participación no significa transferir responsabilidades profesionales hacia el paciente.

La persona necesita información suficiente y oportunidades reales para expresar preguntas, preocupaciones y prioridades.

Las familias también pueden desempeñar funciones importantes de apoyo, especialmente durante enfermedades crónicas, discapacidad o dependencia.

Su participación debe desarrollarse respetando la autonomía y voluntad del paciente.

El equilibrio entre apoyo familiar y confidencialidad necesita analizarse individualmente.

Propósito y organización de la obra

Esta obra tiene como propósito analizar los principales fundamentos y desafíos relacionados con el cuidado integral del paciente desde una perspectiva científica, ética, humanizada y contemporánea.

El **primer capítulo** examina los fundamentos del cuidado integral, su evolución conceptual, las diferentes dimensiones de la atención, la relación terapéutica y los principios de dignidad, autonomía y respeto.

El **segundo capítulo** aborda la humanización de los servicios sanitarios mediante el análisis de comunicación, escucha activa, empatía, compasión, participación de pacientes y familias, necesidades emocionales y estrategias institucionales destinadas a fortalecer una cultura de cuidado humanizado.

El **tercer capítulo** desarrolla los fundamentos de la práctica basada en evidencia, la búsqueda y valoración crítica de información científica, las guías de práctica clínica, la toma de decisiones compartida y los desafíos asociados con la transferencia de investigación hacia la práctica cotidiana.

El **cuarto capítulo** analiza calidad y seguridad, gestión de riesgos, eventos adversos, indicadores, continuidad asistencial, interdisciplinariedad y mejora continua.

Finalmente, el **quinto capítulo** examina innovación sanitaria, salud digital, telesalud, inteligencia artificial, tecnologías de monitoreo, humanización frente a la transformación tecnológica, ética, privacidad y perspectivas futuras del cuidado integral.

Esta organización responde a una lógica progresiva: **comprender a la persona, humanizar el cuidado, fundamentar científicamente las decisiones, garantizar calidad y seguridad e incorporar responsablemente la innovación**.

Una visión integradora del cuidado

El argumento transversal de esta obra sostiene que ninguna de estas dimensiones puede desarrollarse adecuadamente de manera aislada.

La humanización sin seguridad resulta insuficiente.

La evidencia sin consideración de las preferencias del paciente puede producir decisiones técnicamente justificables pero poco coherentes con sus necesidades.

La innovación sin ética puede generar riesgos.

La tecnología sin equidad puede aumentar desigualdades.

Y la atención especializada sin coordinación puede producir fragmentación.

Por ello, el cuidado integral necesita comprenderse como una articulación entre diferentes formas de conocimiento y responsabilidad.

La evidencia científica proporciona fundamentos. La experiencia profesional permite interpretar contextos. La organización sanitaria crea las condiciones para desarrollar prácticas seguras. La tecnología puede ampliar determinadas capacidades. El paciente aporta valores, preferencias y experiencia.

La calidad surge de la capacidad para integrar estos elementos.

Consideración final

Los avances científicos y tecnológicos continuarán transformando los sistemas sanitarios. Es probable que muchas herramientas actualmente consideradas innovadoras formen parte de la práctica habitual en los próximos años y que aparezcan otras difíciles de anticipar.

Sin embargo, el propósito fundamental del cuidado permanece.

Cada innovación debe responder finalmente a una pregunta sencilla pero decisiva: **¿contribuye realmente a cuidar mejor a las personas?**

Responderla requiere considerar resultados clínicos, seguridad, experiencia, autonomía, equidad, privacidad y dignidad.

El cuidado integral representa, en este sentido, una forma de evitar que la creciente complejidad sanitaria fragmente a la persona en diagnósticos, especialidades, indicadores o datos.

La ciencia permite comprender mejor la enfermedad. La tecnología amplía las posibilidades de intervenir. Los sistemas organizan recursos y los profesionales transforman conocimiento en acciones. Pero el sentido último de todos estos elementos continúa encontrándose en la persona que necesita atención.

Por ello, esta obra propone una visión en la que ciencia, evidencia, humanización, seguridad, ética e innovación convergen alrededor de un mismo propósito: proporcionar un cuidado integral capaz de responder con rigor científico y sensibilidad humana a las necesidades de cada paciente**.**

CAPÍTULO 1.
Fundamentos del cuidado integral centrado en el paciente

1.1. Evolución del concepto de cuidado en los sistemas de salud

El concepto de cuidado constituye uno de los pilares fundamentales de las ciencias de la salud. Su significado ha evolucionado de manera paralela a las transformaciones científicas, sociales, culturales y éticas que han experimentado las sociedades y los sistemas sanitarios. En la actualidad, cuidar no se limita a ejecutar procedimientos destinados a tratar una enfermedad, sino que comprende acciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, acompañamiento y alivio del sufrimiento, desarrolladas desde una perspectiva que reconoce la dignidad, autonomía y singularidad de cada persona. Esta transformación ha impulsado el tránsito desde modelos predominantemente centrados en la enfermedad hacia sistemas orientados a las necesidades integrales de las personas y comunidades (World Health Organization [WHO], 2024a).

La evolución del cuidado está estrechamente relacionada con la propia transformación del concepto de salud. Conforme se ha reconocido la interacción entre factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales, también se ha ampliado la comprensión de aquello que significa proporcionar una atención adecuada. Los sistemas sanitarios contemporáneos enfrentan necesidades cada vez más complejas asociadas, entre otros factores, con el envejecimiento poblacional, la presencia de enfermedades crónicas, la multimorbilidad y las desigualdades en el acceso a los servicios. Estas condiciones exigen respuestas asistenciales que trasciendan el tratamiento aislado de una patología y contemplen a la persona dentro de su contexto vital (Rajan et al., 2024).

Del cuidado tradicional al predominio del modelo biomédico

Históricamente, el cuidado estuvo relacionado con la conservación de la vida y la protección de las personas que atravesaban situaciones de enfermedad, vulnerabilidad o dependencia. Antes de la profesionalización de las disciplinas sanitarias, gran parte de estas actividades se desarrollaban dentro de las familias y comunidades mediante prácticas de alimentación, higiene, acompañamiento, protección y alivio del sufrimiento. El cuidado constituía, por tanto, una actividad esencialmente humana y social.

La institucionalización progresiva de la medicina modificó significativamente esta concepción. Los avances científicos producidos especialmente durante los siglos XIX y XX permitieron comprender mejor los mecanismos relacionados con numerosas enfermedades y desarrollar procedimientos diagnósticos y terapéuticos cada vez más especializados. La microbiología, farmacología, cirugía, epidemiología y posteriormente las tecnologías diagnósticas transformaron las posibilidades de intervención de los profesionales sanitarios.

Como consecuencia, el hospital adquirió una posición central dentro de los sistemas de salud y se consolidó progresivamente un modelo de atención predominantemente biomédico. La enfermedad comenzó a ser analizada principalmente desde sus componentes biológicos, fisiológicos y patológicos, mientras que el diagnóstico y el tratamiento constituían los objetivos principales de la intervención sanitaria.

Los aportes de este modelo resultaron fundamentales para el desarrollo de la medicina moderna. Sin embargo, su aplicación exclusiva evidenció progresivamente determinadas limitaciones, particularmente cuando las necesidades de los pacientes no podían resolverse mediante una intervención clínica puntual. La enfermedad crónica, la discapacidad, la multimorbilidad, los trastornos relacionados con el envejecimiento y las necesidades de cuidados prolongados demostraron que una respuesta sanitaria eficaz requiere integrar diferentes dimensiones y servicios.

Los enfoques actuales de atención primaria reconocen precisamente que las necesidades físicas y mentales, así como las condiciones agudas y crónicas, deben ser abordadas de forma integral y durante el curso de vida, evitando una excesiva fragmentación de los servicios (Rajan et al., 2024).

Esta transformación no implica negar los aportes del modelo biomédico, sino reconocer que el conocimiento biológico constituye una dimensión del cuidado y no necesariamente su totalidad. El diagnóstico continúa siendo indispensable, pero necesita complementarse con una comprensión más amplia de las circunstancias y necesidades de la persona.

De la enfermedad a la persona

Uno de los principales cambios experimentados por los sistemas sanitarios contemporáneos ha sido el desplazamiento progresivo del centro de atención desde la enfermedad hacia la persona. Esta perspectiva reconoce que dos individuos con el mismo diagnóstico pueden experimentar su condición de maneras significativamente diferentes debido a sus características físicas, emocionales, familiares, sociales y culturales.

En consecuencia, conocer la enfermedad constituye solamente una parte del proceso asistencial. También resulta necesario comprender cómo dicha enfermedad afecta la vida cotidiana, cuáles son las preocupaciones del paciente, qué capacidades conserva, cuáles son sus redes de apoyo y qué expectativas mantiene respecto de su tratamiento y recuperación.

Esta transformación modifica una de las preguntas fundamentales de la práctica sanitaria. Además de preguntarse **qué enfermedad presenta el paciente**, el profesional necesita considerar **qué necesita esta persona y cómo puede responderse integralmente a esas necesidades**.

Los modelos de servicios integrados y centrados en las personas promovidos internacionalmente buscan precisamente superar sistemas organizados exclusivamente alrededor de enfermedades e instituciones. Su finalidad consiste en desarrollar servicios capaces de responder de manera coordinada a las necesidades de individuos, familias y comunidades (WHO, 2024b).

La integralidad supone reconocer, además, que las necesidades sanitarias pueden modificarse durante el curso de vida. Una persona puede requerir inicialmente acciones de promoción y prevención; posteriormente diagnóstico y tratamiento; y, dependiendo de su condición,

rehabilitación, seguimiento, apoyo domiciliario o cuidados paliativos. La atención primaria contemporánea incorpora esta continuidad mediante servicios promocionales, preventivos, curativos, rehabilitadores y paliativos (WHO, 2024c).

Por ello, el cuidado deja de entenderse exclusivamente como una intervención que comienza con la enfermedad y termina con el alta médica. Se convierte en un proceso potencialmente continuo que puede acompañar al individuo durante diferentes momentos de su trayectoria vital.

Consolidación de la atención centrada en la persona

La atención centrada en la persona representa uno de los cambios paradigmáticos más importantes dentro de esta evolución. Este enfoque reconoce al paciente como un ser humano con conocimientos, valores, expectativas, experiencias y preferencias que deben considerarse durante la planificación y ejecución de las intervenciones sanitarias (WHO, 2024b).

La relación entre profesional y paciente adquiere, por tanto, características diferentes. Frente a modelos tradicionales predominantemente verticales, los enfoques actuales promueven relaciones basadas en comunicación, información, respeto y participación.

La persona deja de ser considerada exclusivamente receptora de procedimientos y comienza a reconocerse como participante activo del proceso asistencial. Esto implica garantizar información comprensible, permitir la expresión de dudas y preferencias y generar oportunidades para participar en las decisiones relacionadas con su salud.

Esta perspectiva tiene importantes implicaciones éticas. El respeto de la autonomía exige reconocer la capacidad de la persona para participar en aquellas decisiones que afectan su cuerpo, bienestar y proyecto vital. De esta manera, conceptos como consentimiento informado, confidencialidad, dignidad y toma de decisiones compartida adquieren una posición central dentro del cuidado contemporáneo.

La atención primaria moderna considera la atención centrada en las personas como una función fundamental, conjuntamente con accesibilidad, continuidad, coordinación e integralidad (WHO, 2024c). Esto demuestra que la participación del paciente no constituye simplemente una característica deseable de la interacción profesional, sino un componente estructural de la calidad asistencial.

De la fragmentación hacia la continuidad del cuidado

La especialización sanitaria ha permitido importantes avances científicos y clínicos; sin embargo, también ha generado desafíos relacionados con la fragmentación asistencial. Actualmente, una misma persona puede necesitar atención de múltiples profesionales, especialidades e instituciones.

Cuando estos servicios funcionan de manera independiente, pueden aparecer dificultades relacionadas con duplicación de procedimientos, contradicciones terapéuticas, pérdida de información clínica, retrasos, interrupciones en el tratamiento y ausencia de seguimiento. Estas situaciones adquieren especial relevancia en pacientes con enfermedades crónicas o múltiples condiciones simultáneas.

Por ello, la evolución del concepto de cuidado ha incorporado la **continuidad asistencial** como una característica fundamental. La continuidad supone mantener coherencia entre las diferentes intervenciones que recibe una persona durante su trayectoria por el sistema sanitario.

Los modelos de atención integrada procuran fortalecer los mecanismos de coordinación entre profesionales, establecimientos y niveles asistenciales, buscando que el paciente experimente el sistema como una red articulada y no como una sucesión de servicios desconectados (WHO, 2024b).

La atención primaria desempeña una función estratégica en esta organización porque facilita el seguimiento longitudinal y la coordinación de necesidades que requieren diferentes niveles de especialización. La OMS identifica entre sus funciones esenciales el primer contacto accesible, la continuidad, coordinación, integralidad y atención centrada en las personas (WHO, 2024c).

De este modo, la continuidad permite comprender el cuidado como una relación que puede mantenerse a través del tiempo y no únicamente durante un episodio de enfermedad.

Del paciente pasivo a la participación activa

Otro cambio significativo se relaciona con la posición que ocupa el paciente dentro del proceso asistencial. Durante mucho tiempo, determinadas prácticas sanitarias estuvieron sustentadas en relaciones paternalistas en las que el profesional asumía prácticamente toda la responsabilidad de las decisiones y el paciente desempeñaba un papel predominantemente receptivo.

Los modelos contemporáneos reconocen que las personas tienen derecho a conocer su situación de salud, comprender las alternativas disponibles y participar en las decisiones relacionadas con su atención. Esta participación no disminuye la responsabilidad profesional, sino que permite incorporar la experiencia, valores y preferencias del paciente al proceso clínico.

La participación activa se encuentra estrechamente vinculada con la alfabetización en salud. Para que una persona pueda intervenir responsablemente en las decisiones necesita disponer de información comprensible y desarrollar capacidades para interpretarla. Por ello, la educación sanitaria constituye actualmente una dimensión importante del cuidado.

Esta perspectiva adquiere particular relevancia frente a enfermedades crónicas. Gran parte de las decisiones y acciones relacionadas con estas condiciones ocurren fuera de las instituciones sanitarias. El seguimiento de tratamientos, reconocimiento de signos de alarma, asistencia a controles y adopción de determinadas conductas de autocuidado requieren participación cotidiana de la persona.

El concepto de autocuidado, sin embargo, no debe utilizarse para trasladar la responsabilidad institucional al paciente. Los sistemas y profesionales sanitarios mantienen la obligación de proporcionar atención accesible, segura, comprensible y científicamente fundamentada. La corresponsabilidad supone generar una alianza en la que ambas partes participan de acuerdo con sus funciones y posibilidades.

La participación de pacientes y familias también se considera actualmente relevante para la seguridad. El *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030* incorpora el involucramiento de pacientes y familias dentro de las estrategias destinadas a disminuir los daños evitables asociados con la atención sanitaria (WHO, 2021).

Calidad y seguridad como componentes del cuidado

La evolución conceptual del cuidado ha permitido reconocer que proporcionar una intervención sanitaria no es suficiente. Esta debe alcanzar determinados estándares de **calidad y seguridad**.

La seguridad del paciente constituye actualmente una prioridad internacional debido a la posibilidad de que durante la prestación de servicios sanitarios se produzcan daños evitables. Los errores relacionados con medicamentos, procedimientos, identificación, comunicación, infecciones asociadas con la atención y otros eventos adversos demuestran que los sistemas necesitan desarrollar mecanismos permanentes de prevención y aprendizaje (WHO, 2021).

El enfoque contemporáneo de seguridad supera la tendencia a atribuir los errores exclusivamente a individuos. En su lugar, analiza los factores organizacionales, tecnológicos y humanos que pueden contribuir a la ocurrencia de incidentes. Esto permite desarrollar culturas institucionales orientadas al aprendizaje y a la mejora continua.

El *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030* establece como propósito estratégico avanzar hacia la eliminación de daños evitables durante la atención sanitaria y fortalecer sistemas capaces de proporcionar servicios seguros y respetuosos en diferentes contextos asistenciales (WHO, 2021).

Esta perspectiva transforma también el significado de cuidar. Un procedimiento técnicamente correcto debe ejecutarse dentro de condiciones que minimicen riesgos, garanticen una adecuada identificación del paciente, favorezcan una comunicación efectiva y permitan detectar oportunamente posibles complicaciones.

La calidad del cuidado incorpora igualmente dimensiones relacionadas con efectividad, oportunidad, equidad, eficiencia, integración y atención centrada en las personas. Por tanto, evaluar la calidad exige observar tanto los resultados clínicos como los procesos mediante los cuales estos resultados son alcanzados.

Evidencia científica y cuidado integral

Otro componente fundamental de la evolución contemporánea corresponde al fortalecimiento de la práctica basada en evidencia. El crecimiento de la investigación sanitaria ha permitido disponer de conocimientos cada vez más precisos acerca de la efectividad, riesgos y beneficios de numerosas intervenciones.

En este contexto, las decisiones profesionales necesitan fundamentarse en evidencia científica actualizada y de calidad. Sin embargo, la utilización de evidencia no implica aplicar automáticamente resultados de investigaciones a todos los pacientes de manera uniforme. Las características clínicas, preferencias y circunstancias individuales también deben considerarse durante el proceso de decisión.

La evidencia científica constituye, por tanto, una herramienta para fortalecer el cuidado y no para sustituir la relación humana. El profesional necesita interpretar los resultados de investigación y determinar su aplicabilidad a las circunstancias concretas del paciente.

Desde esta perspectiva, **humanización y evidencia científica son dimensiones complementarias**. La humanización sin fundamento científico puede conducir a intervenciones ineficaces o incluso perjudiciales; mientras que la aplicación estrictamente técnica del conocimiento, sin considerar las necesidades y valores del individuo, puede generar una atención distante y poco compatible con un enfoque centrado en la persona.

El cuidado integral contemporáneo busca precisamente alcanzar este equilibrio: utilizar el mejor conocimiento disponible mientras se reconoce que cada intervención se realiza sobre una persona que posee experiencias, expectativas y necesidades particulares.

El cuidado como responsabilidad interdisciplinaria

La complejidad de las necesidades sanitarias también ha transformado la organización profesional del cuidado. Numerosos problemas de salud requieren actualmente la participación coordinada de diferentes disciplinas.

Medicina, enfermería, psicología, nutrición, farmacia, rehabilitación, trabajo social y otras áreas pueden aportar perspectivas complementarias para comprender las necesidades de un mismo paciente. La interdisciplinariedad permite construir respuestas más amplias y disminuir la fragmentación asistencial.

Sin embargo, reunir diferentes profesionales no garantiza automáticamente un trabajo interdisciplinario. Se requieren objetivos compartidos, mecanismos de comunicación, claridad respecto de las responsabilidades y capacidad para integrar diferentes perspectivas dentro del plan de atención.

La coordinación entre proveedores constituye precisamente uno de los componentes fundamentales de los modelos integrados y centrados en las personas (WHO, 2024b).

Dentro de este proceso, los profesionales de enfermería desempeñan una función especialmente significativa debido a su contacto continuo con pacientes y familias en numerosos escenarios asistenciales. No obstante, el cuidado integral constituye una responsabilidad compartida por todos los integrantes del equipo sanitario.

Esta concepción implica superar fronteras profesionales rígidas y comprender que las necesidades de la persona deben orientar la organización de las intervenciones.

La dimensión familiar y comunitaria del cuidado

La evolución del cuidado también ha ampliado progresivamente la unidad sobre la cual actúan los sistemas sanitarios. La persona continúa siendo el centro de atención, pero se reconoce que su salud está vinculada con relaciones familiares, condiciones sociales y contextos comunitarios.

Las familias pueden desempeñar funciones fundamentales durante la enfermedad, especialmente cuando existen necesidades de apoyo, dependencia, rehabilitación o cuidado

prolongado. Incorporarlas adecuadamente al proceso asistencial puede favorecer la continuidad, siempre respetando la autonomía y preferencias del paciente.

La dimensión comunitaria resulta igualmente relevante. Las condiciones en las que las personas viven, trabajan y establecen relaciones influyen sobre las posibilidades de mantener o recuperar la salud. Por ello, los sistemas contemporáneos han fortalecido acciones de promoción, prevención y participación comunitaria.

La OMS ha destacado que la participación comunitaria en servicios centrados en las personas debe reconocer las relaciones sociales que influyen sobre las decisiones, comportamientos y experiencias de salud (WHO, 2024d).

Esta perspectiva permite comprender que el cuidado no comienza necesariamente en un hospital. Puede iniciarse mediante educación sanitaria, prevención, detección temprana y fortalecimiento de capacidades individuales y comunitarias.

Humanización frente al desarrollo tecnológico

La incorporación acelerada de tecnologías representa uno de los capítulos más recientes en la evolución del cuidado. Sistemas de información clínica, telemedicina, dispositivos de monitoreo, herramientas digitales y aplicaciones de inteligencia artificial están modificando los procesos de diagnóstico, seguimiento y toma de decisiones.

Estas tecnologías poseen potencial para mejorar el acceso, optimizar procesos y fortalecer determinadas capacidades clínicas. Sin embargo, su incorporación plantea también el desafío de evitar que la atención pierda su dimensión interpersonal.

La innovación tecnológica adquiere verdadero valor sanitario cuando contribuye a mejorar la experiencia y los resultados del paciente. La tecnología debe actuar como herramienta de apoyo al cuidado y no como sustituto automático de la comunicación, empatía y juicio profesional.

Este principio adquiere particular importancia conforme los sistemas avanzan hacia modelos digitalizados. La disponibilidad de grandes cantidades de información no elimina la necesidad de escuchar al paciente ni permite comprender automáticamente su experiencia de enfermedad.

Por ello, la evolución futura del cuidado probablemente estará determinada por la capacidad de integrar innovación científica y tecnológica con principios de dignidad, seguridad, autonomía, equidad y humanización.

Hacia un paradigma integral del cuidado

La evolución analizada permite identificar una transformación profunda de la manera de comprender el cuidado dentro de los sistemas sanitarios. El proceso puede sintetizarse como un desplazamiento **de la enfermedad hacia la persona; del episodio aislado hacia la continuidad; de la fragmentación hacia la integración; del paciente pasivo hacia la participación activa; y de una atención exclusivamente técnica hacia un modelo que articula evidencia científica, calidad, seguridad y humanización**.

Este nuevo paradigma no supone abandonar los avances alcanzados por la medicina científica. La capacidad diagnóstica, farmacología, cirugía, especialización y tecnologías sanitarias continúan siendo esenciales. La transformación consiste en situar estos recursos dentro de un propósito superior: responder integralmente a las necesidades de las personas.

En consecuencia, los sistemas contemporáneos enfrentan el desafío de combinar especialización con coordinación, tecnología con humanización, eficiencia con equidad y evidencia científica con respeto por las preferencias individuales. Los modelos integrados y centrados en las personas constituyen una respuesta a esta necesidad al procurar organizar los servicios alrededor de individuos y comunidades y fortalecer la coordinación entre diferentes niveles de atención (WHO, 2024b).

El concepto contemporáneo de cuidado puede comprenderse, entonces, como un proceso científico, humano, ético e interdisciplinario orientado a proteger la salud, aliviar el sufrimiento, prevenir daños y acompañar a las personas durante las diferentes etapas de su trayectoria vital.

Cuidar integralmente significa atender la condición clínica sin perder de vista a quien la experimenta. Detrás de cada diagnóstico existe una persona con historia, emociones, relaciones, expectativas, valores y necesidades particulares. Esta comprensión constituye el fundamento sobre el cual se construye el cuidado integral contemporáneo y permite avanzar hacia sistemas sanitarios donde la innovación y el conocimiento científico estén verdaderamente al servicio de las personas.

1.2. El cuidado integral y sus dimensiones

El cuidado integral constituye uno de los fundamentos de los modelos contemporáneos de atención sanitaria. Su importancia radica en que reconoce a la persona como una realidad compleja cuyas necesidades no pueden explicarse exclusivamente a partir de una enfermedad, un diagnóstico o una alteración orgánica. La salud se construye a partir de la interacción de factores físicos, psicológicos, sociales, emocionales, culturales, familiares, éticos y funcionales, por lo que la atención requiere una visión capaz de integrar estas dimensiones dentro de un mismo proceso asistencial (World Health Organization [WHO], 2024a).

Esta perspectiva supone una modificación relevante respecto de los modelos tradicionalmente fragmentados. En lugar de organizar el cuidado únicamente alrededor de especialidades, procedimientos o problemas clínicos aislados, la integralidad busca comprender cómo una situación de salud afecta al conjunto de la vida de la persona. De este modo, el objetivo no consiste únicamente en tratar la enfermedad, sino también en preservar capacidades, prevenir complicaciones, reducir el sufrimiento, fortalecer la autonomía y favorecer una experiencia asistencial coherente con las necesidades y preferencias individuales (WHO, 2024b).

El cuidado integral adquiere especial importancia ante situaciones de enfermedad crónica, multimorbilidad, discapacidad, envejecimiento o dependencia, en las cuales las necesidades suelen mantenerse durante periodos prolongados y requieren la participación de diferentes profesionales y niveles de atención. Los enfoques contemporáneos de atención primaria insisten, por esta razón, en la necesidad de integrar prevención, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y seguimiento longitudinal dentro de una misma lógica de atención (Rajan et al., 2024).

La multidimensionalidad como fundamento del cuidado

Hablar de cuidado integral implica reconocer que la persona es multidimensional. Para facilitar su estudio pueden distinguirse diferentes dimensiones, pero en la experiencia real estas no funcionan de manera independiente. Una alteración física puede generar consecuencias emocionales; un problema social puede dificultar la adherencia terapéutica; una limitación funcional puede afectar la autonomía; y una situación de incertidumbre puede modificar la percepción que el paciente tiene sobre su propio bienestar.

Por ello, el cuidado integral no debe entenderse como la simple suma de múltiples intervenciones. La integralidad exige identificar cuáles dimensiones resultan relevantes en cada situación, cómo interactúan entre sí y de qué manera pueden abordarse de forma coordinada.

Esta característica diferencia el cuidado integral de una atención acumulativa. Incorporar numerosos profesionales o procedimientos no garantiza necesariamente una respuesta integral. Puede existir una gran cantidad de intervenciones y, al mismo tiempo, persistir fragmentación cuando los distintos actores trabajan sin objetivos comunes o desconocen las necesidades expresadas por el paciente.

Los modelos de atención centrada en las personas proponen precisamente superar esta fragmentación mediante servicios coordinados, continuos y orientados a las necesidades integrales de individuos y comunidades (WHO, 2024b).

Dimensiones que conforman el cuidado integral

La multidimensionalidad del cuidado puede organizarse en diferentes componentes analíticos. Entre los más relevantes se encuentran las dimensiones física, psicológica, emocional, social, familiar, cultural, espiritual, ética, funcional y de seguridad.

Estas dimensiones poseen una función descriptiva y permiten orientar la valoración del paciente. Sin embargo, no deberían convertirse en categorías rígidas. La experiencia de la enfermedad integra simultáneamente diferentes componentes y puede modificarse conforme evoluciona la situación clínica.

Dimensión física

La dimensión física comprende el estado biológico y funcional de la persona. Incluye aspectos relacionados con signos, síntomas, dolor, movilidad, nutrición, descanso, tratamiento, prevención de complicaciones y recuperación.

Constituye una dimensión indispensable, pero dentro de un enfoque integral no debe analizarse de manera aislada. Su relevancia dependerá también de la manera en que las alteraciones físicas afectan la autonomía, calidad de vida y posibilidades cotidianas del paciente.

Su desarrollo específico será abordado posteriormente debido a la importancia que posee dentro de la experiencia asistencial.

Dimensión psicológica

La dimensión psicológica comprende procesos relacionados con percepción, afrontamiento, adaptación, comprensión de la enfermedad, capacidad para tomar decisiones y respuesta cognitiva frente a situaciones de incertidumbre o cambio.

Las condiciones de salud pueden modificar significativamente estos procesos, especialmente cuando implican hospitalización, tratamientos prolongados o cambios importantes en la vida cotidiana.

Dentro del cuidado integral, la valoración psicológica permite identificar necesidades que podrían influir sobre la participación del paciente, la comprensión de indicaciones o la adaptación al tratamiento. Esta dimensión también será desarrollada posteriormente junto con otros componentes fundamentales del cuidado.

Dimensión emocional

La dimensión emocional se relaciona con sentimientos y respuestas afectivas que pueden surgir durante los procesos de salud y enfermedad. Miedo, incertidumbre, esperanza, tristeza, frustración o alivio pueden formar parte de la experiencia del paciente.

Reconocer esta dimensión implica comprender que las emociones no constituyen elementos externos a la atención sanitaria. Pueden influir sobre la manera en que la persona interpreta su situación y participa en las decisiones.

La escucha, la empatía y la comunicación respetuosa adquieren particular relevancia en este componente del cuidado.

Dimensión social

La dimensión social considera las condiciones en las que vive la persona y las relaciones que mantiene con su entorno. Incluye redes de apoyo, condiciones económicas, vivienda, empleo, educación, accesibilidad a servicios y otros factores que pueden modificar las posibilidades de recibir o continuar un tratamiento.

La OMS ha señalado que los determinantes sociales contribuyen significativamente a las diferencias observadas en salud y pueden generar desigualdades evitables cuando existen barreras sistemáticas en las condiciones de vida o acceso a servicios (WHO, 2025).

En consecuencia, una indicación clínicamente adecuada puede resultar poco efectiva si no considera las condiciones reales en las cuales deberá ser implementada.

Dimensión familiar

La familia puede desempeñar una función importante durante los procesos de enfermedad, particularmente en condiciones crónicas, dependencia, discapacidad y rehabilitación.

Su participación puede contribuir al acompañamiento, seguimiento terapéutico y continuidad del cuidado. Sin embargo, también puede generar sobrecarga para quienes asumen responsabilidades prolongadas.

Por ello, el cuidado integral reconoce a la familia no solamente como colaboradora, sino también como posible receptora de orientación y apoyo, siempre respetando la autonomía y preferencias de la persona atendida.

Dimensión cultural

La cultura puede influir sobre la interpretación de la salud, enfermedad, dolor, tratamientos y muerte. Las prácticas culturales también pueden modificar la forma en que las personas se comunican con los profesionales o participan en las decisiones.

Una atención integral requiere sensibilidad ante estas diferencias y evita asumir que todos los pacientes comprenderán o valorarán de la misma manera una determinada intervención.

La competencia cultural implica reconocer estas diferencias y establecer una comunicación respetuosa sin abandonar los principios de seguridad y evidencia científica.

Dimensión espiritual

La dimensión espiritual se relaciona con valores, creencias, sentido de vida, esperanza y formas de interpretar experiencias de sufrimiento, pérdida o proximidad de la muerte.

No debe asociarse exclusivamente con prácticas religiosas. Para algunas personas puede expresarse mediante creencias religiosas, mientras que para otras puede relacionarse con propósitos personales, vínculos significativos o valores profundamente arraigados.

Esta dimensión adquiere particular relevancia en enfermedades graves y cuidados paliativos. La OMS reconoce que el sufrimiento puede incorporar componentes físicos, psicológicos, sociales y espirituales, por lo que los cuidados paliativos deben responder a estas necesidades de manera integral (WHO, 2020).

Dimensión ética

La dimensión ética atraviesa todas las actividades asistenciales. La comunicación de información, la obtención de consentimiento, la protección de datos, la toma de decisiones y el respeto por preferencias personales poseen implicaciones éticas.

Entre sus principios fundamentales se encuentran autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Estos principios orientan la atención hacia el respeto por la dignidad y los derechos del paciente.

La ética adquiere especial importancia cuando existen decisiones complejas, desacuerdos entre familiares y profesionales o situaciones en las que los beneficios esperados deben compararse con posibles riesgos.

Dimensión funcional

La capacidad funcional representa una dimensión relevante para valorar los resultados del cuidado. Mantener movilidad, comunicación, independencia y capacidad para realizar actividades cotidianas puede constituir un objetivo tan importante como determinados resultados clínicos.

Esto es especialmente significativo en personas mayores, pacientes con enfermedades crónicas y procesos de rehabilitación.

La valoración funcional ayuda a establecer objetivos personalizados y a evitar que el éxito de una intervención sea evaluado únicamente mediante resultados de laboratorio o procedimientos realizados.

Dimensión de seguridad y calidad

La seguridad y la calidad atraviesan todas las dimensiones del cuidado. Ninguna intervención puede considerarse integral cuando genera daños evitables o cuando carece de procedimientos capaces de identificar riesgos.

El *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030* reconoce la seguridad del paciente como una prioridad estratégica y promueve sistemas capaces de prevenir daños, aprender de los incidentes y fortalecer culturas institucionales orientadas hacia la mejora continua (WHO, 2021).

La calidad también implica que las intervenciones sean efectivas, oportunas, equitativas, coordinadas y centradas en las personas. Por ello, calidad e integralidad no constituyen objetivos separados, sino componentes complementarios de un mismo modelo asistencial.

Interacción entre las dimensiones

La principal característica del cuidado integral no reside en reconocer muchas dimensiones, sino en comprender sus interacciones.

Un diagnóstico puede generar consecuencias diferentes en cada persona. Una enfermedad física puede disminuir la movilidad; la pérdida de movilidad puede modificar la capacidad laboral; esta situación puede generar dificultades económicas; y estas dificultades pueden incrementar la preocupación emocional y dificultar el acceso a determinados recursos terapéuticos.

En ese ejemplo, ninguna dimensión funciona aisladamente.

Esta interdependencia exige una valoración capaz de identificar relaciones y prioridades. En algunos pacientes predominarán las necesidades físicas, mientras que en otros será necesario prestar mayor atención a factores sociales, emocionales o funcionales.

La atención integral es, por tanto, necesariamente individualizada. No existe una distribución idéntica de necesidades para todas las personas.

La valoración integral del paciente

La valoración constituye uno de los principales instrumentos para trasladar la perspectiva multidimensional a la práctica cotidiana.

Una valoración integral busca reunir información suficiente para comprender la condición clínica y sus repercusiones sobre diferentes áreas de la vida. Puede incorporar datos obtenidos mediante anamnesis, exploración física, observación, instrumentos de valoración y diálogo con el paciente y, cuando corresponda, con su familia.

El objetivo no consiste en recopilar información indiscriminadamente, sino en identificar necesidades relevantes para orientar decisiones.

Una valoración integral debería permitir responder preguntas como cuáles son los principales problemas actuales, qué riesgos existen, qué capacidades conserva la persona, qué barreras podrían dificultar el tratamiento y cuáles son sus prioridades.

Este proceso adquiere mayor relevancia cuando existen múltiples enfermedades o necesidades simultáneas, ya que ayuda a establecer jerarquías y evitar intervenciones descoordinadas.

Prioridades y personalización del cuidado

La integralidad no significa que todas las dimensiones deban recibir la misma atención en todos los pacientes.

Las prioridades dependen de la condición clínica, contexto y preferencias individuales. Una persona con una emergencia vital requerirá inicialmente intervenciones centradas en estabilizar funciones esenciales. Una vez controlado el riesgo inmediato, otras necesidades podrán adquirir mayor relevancia.

Por ello, el cuidado integral posee un carácter dinámico. Las prioridades pueden modificarse a lo largo del proceso asistencial.

Este principio evita interpretar la integralidad como una lista rígida de actividades. El objetivo es adaptar la atención conforme cambian las necesidades.

La personalización constituye, por tanto, una consecuencia directa de la integralidad. Dos pacientes con un diagnóstico semejante pueden requerir intervenciones diferentes si presentan distintas capacidades, preferencias, redes de apoyo o condiciones sociales.

Integralidad y atención centrada en la persona

El cuidado integral mantiene una relación directa con la atención centrada en la persona. Ambos enfoques comparten la necesidad de superar modelos organizados exclusivamente alrededor de la enfermedad.

La diferencia fundamental radica en el énfasis. La integralidad permite identificar las múltiples dimensiones que pueden intervenir en la experiencia de salud; mientras que la atención centrada en la persona asegura que la selección de intervenciones considere preferencias, expectativas y objetivos individuales.

Un cuidado puede intentar abordar numerosas dimensiones y, sin embargo, no estar verdaderamente centrado en la persona si el paciente permanece excluido de las decisiones.

Por ello, la participación constituye un elemento fundamental.

Los servicios integrados y centrados en las personas promovidos por la OMS buscan precisamente combinar integralidad, coordinación y participación, reorganizando la atención alrededor de necesidades personales y comunitarias (WHO, 2024b).

Interdisciplinariedad y coordinación

La diversidad de dimensiones involucradas demuestra que el cuidado integral requiere colaboración profesional.

Ninguna disciplina posee por sí sola todas las competencias necesarias para abordar necesidades clínicas, psicológicas, sociales, funcionales y de rehabilitación. Por ello, diferentes profesionales pueden participar dentro de un mismo proceso asistencial.

Sin embargo, la mera presencia de diferentes disciplinas no garantiza integralidad.

Cuando cada profesional interviene de manera independiente y no existe suficiente comunicación, puede mantenerse una atención fragmentada. La interdisciplinariedad requiere objetivos compartidos, intercambio de información y coordinación.

Rajan et al. (2024) destacan que los sistemas orientados a la atención primaria necesitan mecanismos capaces de articular diferentes servicios alrededor de las necesidades de las personas. La coordinación permite evitar duplicaciones, contradicciones y discontinuidades.

El paciente debe formar parte de este proceso. No resulta coherente construir un plan interdisciplinario completo si las prioridades establecidas por los profesionales no corresponden con las necesidades percibidas por la propia persona.

Continuidad como expresión de integralidad

La integralidad también posee una dimensión temporal. Las necesidades de una persona pueden cambiar durante el transcurso de la enfermedad y atravesar diferentes escenarios asistenciales.

Un paciente puede pasar por atención primaria, hospitalización, consulta especializada, rehabilitación y seguimiento domiciliario. Si cada etapa funciona independientemente, la atención puede fragmentarse.

La continuidad busca conservar coherencia entre estos momentos.

Esto requiere mecanismos de comunicación entre profesionales, transferencia adecuada de información y claridad respecto de los objetivos terapéuticos.

La OMS identifica continuidad y coordinación como funciones esenciales de una atención primaria orientada hacia las personas (WHO, 2024a).

Por tanto, el cuidado integral no depende exclusivamente de aquello que ocurre durante un encuentro clínico, sino también de la capacidad del sistema para acompañar a la persona durante su trayectoria asistencial.

Integralidad y prevención

Otro aspecto relevante consiste en reconocer que cuidar integralmente no significa intervenir únicamente cuando existe enfermedad.

La promoción de la salud y prevención forman parte del continuo del cuidado. Identificar factores de riesgo, fomentar conductas saludables y realizar detecciones oportunas puede prevenir complicaciones o reducir su impacto.

Esta perspectiva modifica la relación entre persona y sistema sanitario. El cuidado comienza antes del diagnóstico y puede continuar mucho después de que desaparezca una manifestación aguda.

Los modelos actuales de atención primaria integran precisamente promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos durante todo el curso de vida (Rajan et al., 2024).

Esta continuidad permite comprender que la integralidad posee también una dimensión anticipatoria: cuidar implica responder a necesidades presentes, pero también identificar riesgos futuros.

Integralidad, equidad y acceso

El cuidado integral necesita considerar igualmente las desigualdades que pueden limitar el acceso efectivo a los servicios.

Una intervención disponible desde el punto de vista institucional no necesariamente es accesible para todas las personas. Distancia, costos, barreras lingüísticas, discapacidad, condiciones laborales o falta de apoyo pueden impedir su utilización.

La equidad exige reconocer estas diferencias y generar respuestas proporcionales a las necesidades.

Por ello, el principio de integralidad debe extenderse más allá del contenido de la consulta y considerar las posibilidades reales de la persona para acceder, comprender y continuar las indicaciones recibidas.

La OMS ha señalado que los determinantes sociales influyen profundamente sobre las oportunidades de alcanzar mejores resultados de salud y que las inequidades requieren respuestas estructurales y no únicamente clínicas (WHO, 2025).

Integralidad y humanización

La humanización constituye otra característica transversal del cuidado integral.

Considerar múltiples dimensiones tiene sentido precisamente porque detrás de cada necesidad existe una persona que experimenta la enfermedad de manera particular.

La humanización implica reconocer dignidad, autonomía, vulnerabilidad y singularidad. No se limita a ofrecer un trato amable, sino que requiere organizar la atención de forma que la persona sea escuchada, informada y respetada.

Por esta razón, integralidad y humanización se fortalecen mutuamente.

Una atención fragmentada puede resultar deshumanizante incluso cuando cada procedimiento se ejecuta correctamente, debido a que obliga al paciente a desplazarse entre servicios desconectados o repetir continuamente su historia.

La coordinación, continuidad y comunicación contribuyen también a humanizar el sistema.

Integralidad y evidencia científica

El cuidado integral necesita mantenerse sustentado en evidencia científica.

Reconocer dimensiones sociales, culturales o emocionales no implica sustituir el conocimiento clínico por interpretaciones subjetivas. Las intervenciones deben continuar fundamentándose en la mejor evidencia disponible.

La integralidad amplía el campo de decisión al incorporar información que permite determinar qué intervención es más adecuada para una persona específica.

En este sentido, evidencia y personalización no son perspectivas contrapuestas. La evidencia permite identificar opciones efectivas y seguras, mientras que la valoración integral ayuda a determinar cuál puede ajustarse mejor a las necesidades y preferencias individuales.

Esta combinación constituye uno de los principales fundamentos de la práctica contemporánea.

Hacia una concepción integrada del cuidado

El cuidado integral puede comprenderse como una forma de organizar la atención alrededor de la totalidad de la persona.

Sus dimensiones física, psicológica, emocional, social, familiar, cultural, espiritual, ética, funcional y de seguridad permiten reconocer diferentes componentes de la experiencia de salud, pero su verdadero valor reside en comprender cómo se relacionan entre sí.

La integralidad exige valoración, personalización, coordinación, continuidad, participación y trabajo interdisciplinario. No consiste en realizar más intervenciones, sino en seleccionar y articular aquellas que realmente respondan a las necesidades identificadas.

Desde esta perspectiva, una atención integral debe ser también segura, científicamente fundamentada, equitativa y humanizada.

El desafío de los sistemas sanitarios contemporáneos consiste precisamente en transformar esta concepción teórica en una experiencia real para el paciente. Esto requiere que instituciones y profesionales sean capaces de mirar más allá del diagnóstico y reconocer las múltiples condiciones que determinan la manera en que una persona vive su proceso de salud y enfermedad.

La integralidad constituye así uno de los principios fundamentales para avanzar hacia modelos asistenciales capaces de combinar conocimiento científico, innovación, seguridad y sensibilidad humana.

En los apartados siguientes se profundizará en componentes específicos de esta concepción, especialmente en la atención centrada en la persona y en las dimensiones física, psicológica, social y emocional, evitando tratarlas como elementos aislados y analizando su incidencia concreta dentro de la práctica sanitaria.

1.3. Atención centrada en la persona y sus necesidades

La atención centrada en la persona constituye uno de los fundamentos de la transformación contemporánea de los sistemas de salud. Este enfoque reconoce que quienes reciben atención sanitaria no son únicamente portadores de enfermedades ni destinatarios de procedimientos clínicos, sino personas con historias de vida, experiencias, capacidades, valores, preferencias, relaciones y necesidades particulares. Desde esta perspectiva, la calidad del cuidado depende tanto de la efectividad y seguridad de las intervenciones como de la capacidad de profesionales e instituciones para comprender aquello que resulta significativo para cada individuo y responder de manera coherente con sus circunstancias.

La Organización Mundial de la Salud sostiene que los servicios integrados y centrados en las personas deben organizarse alrededor de las necesidades de individuos y comunidades, promoviendo relaciones más participativas entre usuarios, profesionales y sistemas sanitarios (World Health Organization [WHO], 2024). Este planteamiento supone superar modelos en los que la organización asistencial responde predominantemente a enfermedades, especialidades o estructuras institucionales y avanzar hacia servicios capaces de proporcionar atención coordinada durante el curso de vida.

La atención centrada en la persona no disminuye la relevancia del conocimiento clínico ni supone reemplazar el juicio profesional por las preferencias individuales. Su propósito consiste en integrar la evidencia científica, la experiencia profesional y las características particulares del paciente dentro de un proceso de decisión responsable. De esta manera, el cuidado puede conservar su fundamento científico y, simultáneamente, adaptarse a la realidad de quien recibe la intervención.

De la condición de paciente al reconocimiento de la persona

El término *paciente* identifica una situación asistencial concreta, pero no representa la totalidad de la identidad de un individuo. Una persona que recibe atención sanitaria continúa poseyendo relaciones familiares, responsabilidades, proyectos, valores, conocimientos y experiencias que pueden influir sobre la forma en que interpreta y afronta su enfermedad.

Esta consideración resulta esencial para comprender la atención centrada en la persona. El diagnóstico proporciona información fundamental para establecer decisiones clínicas, pero no explica completamente cómo una condición afecta la vida cotidiana. Dos individuos con una misma enfermedad pueden experimentar consecuencias diferentes debido a sus condiciones funcionales, responsabilidades familiares, situación económica, experiencias anteriores, redes de apoyo o expectativas respecto del tratamiento.

Janerka et al. (2023) señalan que la atención centrada en el paciente ha evolucionado desde su conceptualización hacia esfuerzos destinados a implementarla mediante intervenciones concretas en los servicios sanitarios. Sin embargo, su aplicación depende de factores relacionados con los profesionales, las organizaciones y las propias características de los pacientes.

El cambio conceptual consiste, por tanto, en ampliar la mirada clínica. Además de identificar la enfermedad y seleccionar las intervenciones apropiadas, resulta necesario comprender cómo estas pueden integrarse a la vida de una persona específica.

Esto no significa abandonar las prioridades clínicas. En situaciones de emergencia, por ejemplo, la estabilización fisiológica constituye necesariamente el objetivo inmediato. Una vez controlado el riesgo vital, la atención puede incorporar progresivamente otras necesidades y preferencias. La atención centrada en la persona posee, en consecuencia, un carácter dinámico y se adapta a las circunstancias clínicas.

Las necesidades como eje del cuidado

Centrar la atención en la persona requiere organizar el proceso asistencial alrededor de necesidades identificadas y no únicamente de los servicios disponibles.

Estas necesidades pueden ser clínicas, funcionales, informativas, psicológicas, sociales, familiares o relacionadas con la continuidad del cuidado. Algunas aparecen de manera inmediata, mientras otras pueden surgir conforme evoluciona la enfermedad.

Una persona hospitalizada por una condición aguda, por ejemplo, puede necesitar inicialmente control de síntomas y estabilización. Posteriormente pueden adquirir importancia la recuperación de movilidad, educación para el autocuidado, comprensión del tratamiento y preparación para el alta.

Esto demuestra que las necesidades no permanecen necesariamente constantes.

La valoración debe actualizarse durante la trayectoria asistencial y permitir que el plan de cuidado se modifique cuando cambian las circunstancias. Este principio resulta especialmente relevante en enfermedades crónicas, procesos de rehabilitación y situaciones de dependencia prolongada.

La OMS plantea que los servicios centrados en las personas deben proporcionar atención adecuada en el momento y lugar apropiados, procurando responder a las necesidades durante el curso de vida (WHO, 2024). De este modo, la atención centrada en la persona también se relaciona con continuidad y coordinación.

Identificación y valoración de las necesidades individuales

La personalización del cuidado comienza con una valoración adecuada. El profesional necesita reunir información clínica suficiente para identificar riesgos y alternativas terapéuticas, pero también debe conocer aspectos de la experiencia individual que pueden modificar la pertinencia de determinadas intervenciones.

La valoración centrada en la persona combina información objetiva y subjetiva. Los resultados de laboratorio, signos clínicos, antecedentes y estudios diagnósticos proporcionan información indispensable, mientras que el relato del paciente permite comprender preocupaciones, expectativas, dificultades y objetivos personales.

Las narrativas de los pacientes constituyen una fuente relevante para comprender cómo se experimentan los servicios sanitarios y pueden complementar los indicadores clínicos

tradicionales al aportar información acerca de dimensiones que no siempre resultan visibles mediante mediciones biomédicas (Oluoch et al., 2023).

Una valoración integral tampoco debe concentrarse exclusivamente en problemas o déficits. Reconocer capacidades conservadas, conocimientos, recursos personales y redes de apoyo permite desarrollar intervenciones destinadas a fortalecer autonomía.

Esto resulta particularmente importante en enfermedades crónicas, donde gran parte del cuidado ocurre fuera de los establecimientos sanitarios. Las recomendaciones deben ser compatibles, en la medida de lo posible, con las actividades y posibilidades cotidianas de la persona.

Por ello, valorar necesidades no significa simplemente completar un instrumento. Requiere establecer una interacción capaz de identificar aquello que posee relevancia clínica y personal.

Comprender aquello que importa a la persona

Una característica distintiva de este enfoque consiste en incorporar los objetivos personales dentro del razonamiento asistencial.

Los profesionales interpretan una situación utilizando conocimientos científicos y clínicos. El paciente, por su parte, posee conocimiento acerca de su propia vida, experiencias, prioridades y capacidad para asumir determinadas intervenciones. La atención centrada en la persona intenta establecer un diálogo entre estas formas de conocimiento.

Los resultados considerados importantes por profesionales y pacientes pueden coincidir, pero no necesariamente poseen la misma prioridad.

Para una persona con una condición crónica, conservar suficiente autonomía para desarrollar determinadas actividades puede tener un significado superior a lograr pequeñas modificaciones adicionales en un indicador clínico. En otro caso, la preocupación principal puede relacionarse con efectos adversos que interfieren con el trabajo o cuidado familiar.

Identificar estas prioridades no implica renunciar a los objetivos terapéuticos. Permite establecerlos de una manera más significativa.

Las investigaciones sobre experiencias de pacientes muestran que elementos como comunicación, participación, confianza y presencia profesional desempeñan un papel importante en la percepción de una atención centrada en la persona (Tikkanen et al., 2023).

Por ello, preguntas orientadas a conocer qué preocupa al paciente, qué espera del tratamiento o qué actividades desea preservar pueden proporcionar información clínicamente relevante.

Valores y preferencias en la planificación del cuidado

Los valores personales influyen sobre la manera en que las personas interpretan beneficios, riesgos y consecuencias de las intervenciones.

Las preferencias, a su vez, representan elecciones relacionadas con esos valores dentro de situaciones concretas.

Cuando existe una única intervención claramente necesaria para evitar un daño inmediato, el margen de elección puede ser reducido. Sin embargo, en numerosos escenarios existen diferentes alternativas razonables y cada una presenta ventajas, riesgos o cargas distintas.

En estos casos, incorporar las preferencias permite seleccionar una alternativa compatible tanto con la evidencia disponible como con las prioridades del paciente.

Tringale et al. (2022) identificaron la toma de decisiones compartida como una de las estrategias utilizadas para incorporar valores y preferencias individuales dentro de la atención sanitaria. Esta integración contribuye a superar modelos en los cuales las decisiones se fundamentan únicamente en parámetros clínicos sin considerar las consecuencias que poseen para la vida cotidiana.

No obstante, respetar preferencias no significa aceptar cualquier intervención solicitada. Los profesionales conservan la responsabilidad de explicar cuando una alternativa carece de suficiente evidencia, posee riesgos desproporcionados o no resulta clínicamente indicada.

La relación centrada en la persona requiere precisamente mantener este equilibrio entre autonomía, evidencia científica y responsabilidad profesional.

Comunicación comprensible

La comunicación constituye una condición indispensable para desarrollar una atención verdaderamente centrada en la persona.

Proporcionar información no equivale necesariamente a comunicarla eficazmente. El lenguaje sanitario contiene terminología especializada que puede dificultar la comprensión, especialmente durante situaciones de estrés o incertidumbre.

Una comunicación adecuada requiere adaptar el contenido a las características del paciente, explicar conceptos complejos mediante lenguaje comprensible y ofrecer oportunidades para formular preguntas.

La comprensión resulta particularmente importante cuando la información será utilizada para tomar decisiones. Una persona no puede valorar adecuadamente beneficios y riesgos cuando desconoce el significado de las alternativas disponibles.

También es necesario considerar que la capacidad para procesar información puede verse temporalmente afectada por dolor, miedo, cansancio, medicamentos o condiciones clínicas. Por ello, el profesional debe valorar no solamente cuánto informa, sino también cuánto ha podido comprender la persona.

Tikkanen et al. (2023) identificaron la interacción con los profesionales y las oportunidades de participación como elementos relevantes dentro de las experiencias hospitalarias de atención centrada en la persona.

La comunicación constituye así una herramienta clínica y no solamente una habilidad social.

Escucha activa y relación terapéutica

La escucha activa complementa la comunicación informativa.

Escuchar implica prestar atención al relato del paciente, reconocer sus preocupaciones y permitir que proporcione información sobre su experiencia sin reducir inmediatamente la interacción a síntomas o procedimientos.

Esta práctica puede aportar información clínicamente relevante. Los pacientes pueden identificar cambios funcionales, efectos adversos, dificultades para seguir el tratamiento o síntomas que no son inmediatamente visibles durante una consulta.

La relación terapéutica se fortalece cuando la persona percibe que sus preocupaciones son consideradas.

La evidencia cualitativa reciente ha identificado confianza, comunicación y respeto por la dignidad como componentes fundamentales de las experiencias de atención centrada en la persona (Tikkanen et al., 2024).

La escucha posee también una dimensión ética. Permite reconocer al paciente como interlocutor válido dentro de la relación asistencial.

No obstante, escuchar no significa aceptar automáticamente todas las interpretaciones. El profesional debe integrar la información proporcionada por la persona con evidencia científica y valoración clínica.

Autonomía como fundamento de la atención

La autonomía se refiere al derecho y capacidad de las personas para intervenir en las decisiones relacionadas con su salud.

Este principio representa una transformación respecto de modelos paternalistas en los cuales el profesional asumía prácticamente toda la autoridad decisoria.

Reconocer autonomía requiere proporcionar información suficiente, proteger la libertad de elección y evitar mecanismos de coerción. También supone respetar el derecho de una persona competente a rechazar determinadas intervenciones después de recibir información adecuada sobre sus posibles consecuencias.

La autonomía no significa aislamiento decisorio. El paciente no debería quedar obligado a resolver situaciones complejas sin orientación profesional.

El papel del profesional consiste en acompañar el proceso, explicar alternativas y formular recomendaciones fundamentadas.

Las preferencias respecto del grado de participación pueden variar. Algunas personas desean involucrarse activamente, mientras otras prefieren que el profesional adopte un papel más orientador. Una atención auténticamente centrada en la persona debe reconocer también estas diferencias.

En situaciones donde la capacidad decisoria se encuentra comprometida, resulta necesario utilizar mecanismos de apoyo o representación conforme a principios éticos y normativos, procurando preservar en la mayor medida posible los valores y preferencias de la persona.

Toma de decisiones compartida como procedimiento clínico

Mientras la autonomía constituye un principio, la **toma de decisiones compartida** representa uno de los procedimientos mediante los cuales ese principio puede incorporarse a la práctica.

Este proceso implica que profesional y paciente intercambien información relevante, reconozcan las opciones disponibles y analicen conjuntamente beneficios, riesgos y preferencias antes de seleccionar una alternativa.

Barradell et al. (2023) consideran la toma de decisiones compartida un componente fundamental de la atención personalizada, porque permite combinar conocimiento profesional con experiencias y preferencias del paciente.

Su utilidad es particularmente evidente cuando existen varias opciones clínicamente razonables y ninguna puede considerarse universalmente superior.

Montori et al. (2023) plantean que la toma de decisiones compartida debe comprenderse como un método de cuidado basado en la colaboración y no únicamente como una técnica comunicativa. Desde esta perspectiva, el objetivo no consiste simplemente en presentar alternativas, sino en construir una decisión que tenga sentido dentro de las circunstancias particulares de la persona.

El proceso puede requerir diferentes tiempos. Algunas decisiones pueden adoptarse durante una consulta; otras necesitan reflexión, participación familiar o búsqueda adicional de información.

La calidad de la decisión depende de que la persona comprenda aquello que está decidiendo y tenga oportunidad real de expresar sus prioridades.

Participación en el propio cuidado

La atención centrada en la persona trasciende las decisiones terapéuticas puntuales y promueve participación durante todo el proceso de cuidado.

Esta participación puede incluir observación de síntomas, manejo de tratamientos, reconocimiento de señales de alarma, establecimiento de objetivos y comunicación de cambios relevantes.

Su importancia aumenta en enfermedades crónicas porque una parte considerable del cuidado ocurre en el domicilio y depende de actividades cotidianas.

La participación no debe interpretarse como transferencia de responsabilidades institucionales. Los profesionales y organizaciones continúan siendo responsables de proporcionar servicios seguros, accesibles y científicamente fundamentados.

La finalidad consiste en fortalecer las capacidades de la persona para participar en aquellos aspectos en los que puede hacerlo.

Esto requiere educación sanitaria y acceso a información comprensible. Las indicaciones necesitan considerar las condiciones reales del paciente para evitar planes imposibles de mantener.

Personalización en situaciones de enfermedad crónica

Las enfermedades crónicas permiten observar claramente la importancia de este enfoque.

Estas condiciones pueden acompañar a la persona durante años y exigir cambios permanentes en hábitos, tratamientos y actividades. Por ello, el objetivo asistencial no siempre consiste en curar, sino en controlar síntomas, disminuir riesgos, preservar funcionalidad y mantener calidad de vida.

Las prioridades también pueden modificarse con el tiempo.

Nkhoma et al. (2022), en una revisión sistemática sobre intervenciones centradas en la persona en enfermedades crónicas, identificaron efectos favorables en determinados resultados, aunque encontraron heterogeneidad entre intervenciones y resultados evaluados. Este hallazgo resulta importante porque evita presentar la atención centrada en la persona como una intervención uniforme con efectos garantizados.

Su efectividad depende de cómo se implementa, en qué población y dentro de qué contexto organizacional.

En estas condiciones, la continuidad de la relación asistencial facilita actualizar objetivos y adaptar los planes conforme cambian las necesidades.

Necesidades complejas a lo largo del curso de vida

La atención centrada en la persona debe adaptarse a diferentes momentos del curso de vida y a situaciones de mayor complejidad.

Las personas mayores constituyen un ejemplo particularmente relevante debido a la posible coexistencia de multimorbilidad, polifarmacia, alteraciones funcionales y diferentes grados de dependencia.

En estos casos, tratar independientemente cada enfermedad puede generar planes complejos o incluso objetivos contradictorios.

La atención centrada en la persona permite establecer prioridades globales. Para determinados individuos puede resultar más importante conservar funcionalidad, disminuir efectos adversos o mantener independencia que intensificar tratamientos dirigidos a alcanzar objetivos clínicos aislados.

Una síntesis cualitativa realizada por Martínez-Angulo et al. (2023) mostró que las personas mayores valoran la posibilidad de expresar preferencias y participar en decisiones, aunque la participación se encuentra condicionada por relaciones interpersonales y contextos asistenciales.

Este ejemplo demuestra que la atención centrada en la persona debe adaptarse a necesidades complejas sin utilizar edad, diagnóstico o discapacidad como criterios automáticos para limitar la participación.

Familia y cuidadores como participantes del proceso

Familiares y cuidadores pueden desempeñar funciones importantes dentro de la atención, particularmente cuando existen dependencia, enfermedades crónicas o dificultades de comunicación.

Su participación puede favorecer comprensión de indicaciones, continuidad domiciliaria y apoyo emocional.

Sin embargo, la inclusión de la familia debe responder a las preferencias del paciente.

Una atención centrada en la persona no debe sustituir automáticamente la voz del individuo por la de sus familiares. Cuando la persona posee capacidad para decidir, mantiene el derecho a determinar qué información puede compartirse y quién desea que participe.

Cuando existen limitaciones importantes para la toma de decisiones, familiares o representantes pueden adquirir responsabilidades adicionales. Incluso en estos casos, el objetivo debería ser preservar, en la medida de lo posible, valores, preferencias previamente expresadas e intereses de la persona.

La familia también puede necesitar apoyo. Los cuidadores que asumen responsabilidades prolongadas pueden experimentar sobrecarga, por lo que sus necesidades no deberían ser invisibles para el sistema.

Necesidades sociales y viabilidad del plan de atención

Un plan centrado en la persona necesita ser clínicamente apropiado y, al mismo tiempo, razonablemente viable.

Las condiciones sociales pueden determinar si una recomendación puede cumplirse. Costos, horarios laborales, distancia, responsabilidades de cuidado, disponibilidad de transporte o accesibilidad física pueden modificar las posibilidades reales de seguir un tratamiento.

Cuando estos factores no son considerados, existe el riesgo de atribuir al paciente una supuesta falta de adherencia sin analizar las barreras que enfrenta.

La atención centrada en la persona requiere explorar estas condiciones antes de establecer determinados planes.

Adaptar una intervención no significa disminuir su rigor científico. Significa seleccionar, entre alternativas seguras y efectivas, aquellas que poseen mayores posibilidades de integrarse a la realidad del individuo.

Esta perspectiva conecta la atención centrada en la persona con los principios de equidad y justicia sanitaria.

Dignidad, privacidad y respeto

La dignidad constituye una condición transversal del cuidado.

La enfermedad, dependencia o hospitalización no disminuyen el valor ni los derechos de una persona. Por ello, prácticas cotidianas como proteger la intimidad, solicitar autorización antes de determinados procedimientos, utilizar formas respetuosas de comunicación y preservar la confidencialidad forman parte de la calidad asistencial.

La dignidad adquiere especial relevancia cuando la persona se encuentra en situaciones de elevada vulnerabilidad.

Tikkanen et al. (2024) encontraron que el respeto por la dignidad, conjuntamente con confianza y comunicación, constituye un componente significativo de la experiencia de atención centrada en la persona.

Este principio permanece incluso cuando el individuo no puede expresarse verbalmente o posee limitaciones cognitivas.

La dignidad no depende de la capacidad para exigir respeto; constituye una obligación inherente al cuidado.

Seguridad y personalización

La personalización debe desarrollarse dentro de límites compatibles con la seguridad.

Los protocolos clínicos y estándares asistenciales cumplen una función fundamental para reducir variabilidad injustificada y prevenir daños. Sin embargo, aplicarlos de forma absolutamente rígida puede ignorar diferencias relevantes entre pacientes.

El desafío consiste en utilizar protocolos como herramientas y complementarlos con juicio profesional.

Personalizar no significa improvisar. Una adaptación resulta apropiada cuando responde a características individuales y conserva estándares científicos, éticos y de seguridad.

La atención centrada en la persona busca precisamente alcanzar este equilibrio: evitar tanto una estandarización despersonalizada como una individualización carente de fundamento científico.

Evaluación de la atención centrada en la persona

Para que este enfoque trascienda el discurso institucional es necesario evaluar su implementación.

Los indicadores clínicos tradicionales permiten medir mortalidad, complicaciones, infecciones o reingresos, pero no necesariamente informan si la persona se sintió escuchada, participó en decisiones o recibió información comprensible.

Por esta razón, se han desarrollado instrumentos orientados a medir diferentes componentes de la atención centrada en la persona.

Bru-Luna et al. (2024) analizaron sistemáticamente instrumentos destinados a evaluar este constructo y sus propiedades psicométricas, evidenciando tanto el creciente interés científico como la diversidad de herramientas existentes.

Las medidas reportadas por los propios pacientes pueden aportar información sobre experiencia, comunicación, coordinación y participación.

Estos datos no sustituyen los indicadores clínicos. Los complementan.

Una evaluación integral de calidad necesita considerar tanto aquello que el sistema consigue clínicamente como la manera en que las personas experimentan el proceso mediante el cual esos resultados son alcanzados.

Barreras profesionales y organizacionales

La implementación efectiva de este enfoque enfrenta dificultades.

Entre ellas se encuentran limitaciones de tiempo, cargas asistenciales, fragmentación de servicios, insuficiente continuidad, modelos organizacionales jerárquicos y sistemas de información que dificultan la coordinación.

Janerka et al. (2023) identificaron factores relacionados con profesionales, pacientes y organizaciones que pueden facilitar o dificultar la sostenibilidad de las intervenciones centradas en la persona.

Este hallazgo demuestra que responsabilizar exclusivamente al profesional resulta insuficiente.

Un trabajador sanitario puede poseer excelentes competencias comunicativas, pero tendrá dificultades para desarrollar una atención personalizada cuando la organización establece tiempos extremadamente reducidos o cuando la información relevante se encuentra distribuida entre sistemas desconectados.

Por ello, transformar el cuidado requiere también modificar estructuras institucionales.

Organizaciones centradas en las personas

Una institución centrada en la persona necesita incorporar este enfoque dentro de sus procesos de planificación, prestación y evaluación.

Esto implica disponer de mecanismos para conocer experiencias de usuarios, facilitar comunicación, coordinar servicios y favorecer continuidad.

Las transiciones asistenciales constituyen un punto especialmente importante. El paso entre hospital, atención primaria, rehabilitación y domicilio puede generar pérdida de información y discontinuidad cuando no existen mecanismos adecuados de coordinación.

La OMS plantea que los sistemas centrados en las personas necesitan relaciones más integradas entre individuos, profesionales y organizaciones, junto con mayor participación en información y decisiones (WHO, 2024).

La organización física también puede influir. Accesibilidad, privacidad y posibilidades de acompañamiento pueden favorecer o dificultar una experiencia centrada en la persona.

Por tanto, este enfoque no constituye únicamente una característica de la relación profesional-paciente. Es también un principio de gestión sanitaria.

Tecnología subordinada a las necesidades humanas

La incorporación de herramientas digitales crea oportunidades para fortalecer determinadas dimensiones de la atención centrada en la persona, particularmente acceso, seguimiento y comunicación.

Sin embargo, la utilización de tecnología no garantiza por sí misma una atención más personalizada.

Su valor depende de la capacidad para resolver necesidades reales sin generar nuevas barreras.

Las diferencias de conectividad, alfabetización digital, capacidades sensoriales o disponibilidad de dispositivos pueden hacer que una misma herramienta resulte útil para algunas personas e inaccesible para otras.

Nkhoma et al. (2022) encontraron resultados variables entre intervenciones centradas en la persona apoyadas por tecnologías, lo que refuerza la necesidad de evaluar cada estrategia de acuerdo con población, objetivos y contexto.

Por ello, el principio fundamental consiste en que **la persona no debe adaptarse obligatoriamente a la tecnología; la tecnología debe diseñarse y utilizarse para responder a las necesidades de las personas**.

El análisis específico de telemedicina, inteligencia artificial y otras innovaciones digitales corresponde a capítulos posteriores; en este punto resulta suficiente establecer que toda innovación debe evaluarse también desde criterios de accesibilidad, utilidad, seguridad y experiencia del paciente.

Hacia una cultura de atención centrada en la persona

La atención centrada en la persona no debería convertirse en una actividad adicional desarrollada únicamente en determinados momentos. Para producir una transformación real necesita incorporarse a la cultura cotidiana de las organizaciones sanitarias.

Esto implica reconocer que escuchar, informar, respetar preferencias y promover participación poseen valor clínico y ético.

También requiere ampliar la manera de evaluar resultados. Los indicadores biomédicos continúan siendo fundamentales, pero pueden complementarse con información relacionada con funcionalidad, experiencia, necesidades y resultados relevantes para los propios pacientes (Bru-Luna et al., 2024).

La atención centrada en la persona puede comprenderse, en consecuencia, como un modelo que articula **evidencia científica, experiencia profesional, valores individuales, participación y seguridad**.

El profesional aporta conocimiento clínico y capacidad para interpretar evidencia; la persona aporta conocimiento acerca de su propia experiencia, prioridades y circunstancias. La calidad del cuidado aumenta cuando ambos conocimientos pueden integrarse dentro de una relación terapéutica respetuosa.

Este enfoque tampoco debe idealizarse. Su implementación enfrenta limitaciones profesionales, organizacionales y estructurales, y la evidencia disponible muestra que sus resultados pueden variar según la intervención y el contexto (Janerka et al., 2023; Nkhoma et al., 2022). Reconocer estas limitaciones fortalece, en lugar de debilitar, su fundamento científico.

En síntesis, centrar la atención en la persona significa **organizar el cuidado a partir de necesidades clínicamente identificadas y personalmente significativas, integrar valores y preferencias en las decisiones cuando corresponda, proporcionar información comprensible, preservar autonomía y dignidad y garantizar que la personalización permanezca vinculada con evidencia científica, calidad y seguridad**.

Esta concepción transforma la relación asistencial y amplía el significado de calidad en salud. Una intervención no debe evaluarse únicamente por su correcta ejecución técnica, sino también por su capacidad para responder a las necesidades de quien la recibe. De esta manera, la atención centrada en la persona constituye el vínculo entre el conocimiento científico y la dimensión humana del cuidado, proporcionando las bases para profundizar posteriormente en las dimensiones física, psicológica, social y emocional que intervienen en la experiencia integral del paciente.

1.4. Dimensión física, psicológica, social y emocional del cuidado

La comprensión contemporánea del cuidado reconoce que la experiencia de salud y enfermedad no puede explicarse únicamente a partir de alteraciones biológicas. Aunque el estado físico constituye una dimensión esencial de la atención sanitaria, los procesos psicológicos, las respuestas emocionales y las condiciones sociales interactúan de manera constante y pueden modificar tanto la percepción de la enfermedad como la capacidad de afrontamiento, recuperación y participación del paciente. Esta visión se encuentra estrechamente relacionada con el enfoque biopsicosocial, que amplió la comprensión tradicional de la enfermedad al considerar la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales como componentes fundamentales del proceso salud-enfermedad (Engel, 1977; Bolton & Gillett, 2019).

En las últimas décadas, este enfoque ha conservado su vigencia debido al aumento de enfermedades crónicas, multimorbilidad, envejecimiento poblacional y necesidades asistenciales complejas. La atención de estos problemas requiere respuestas que trasciendan el tratamiento de órganos o síntomas individuales y consideren simultáneamente funcionalidad, salud mental, condiciones sociales, capacidad de autocuidado y experiencias subjetivas. Los modelos actuales de atención integral y centrada en las personas mantienen esta orientación al promover servicios capaces de responder a necesidades múltiples y coordinadas a lo largo del curso de vida (World Health Organization [WHO], 2024).

La consideración conjunta de estas dimensiones permite evitar una interpretación fragmentada del paciente. Un dolor físico persistente puede generar ansiedad; la ansiedad puede aumentar la percepción de determinados síntomas; una limitación funcional puede producir pérdida de independencia; y una situación económica precaria puede dificultar el

acceso a medicamentos o controles posteriores. Estas relaciones demuestran que los diferentes componentes del cuidado no deben interpretarse como realidades independientes.

El propósito de una valoración multidimensional no consiste en transformar cada encuentro clínico en una evaluación exhaustiva de todos los aspectos posibles. La finalidad es identificar aquellos factores físicos, psicológicos, sociales y emocionales que poseen relevancia para la situación particular y que pueden influir sobre los resultados asistenciales.

Dimensión física del cuidado

La dimensión física constituye el componente más directamente relacionado con el estado biológico y funcional de la persona. Comprende la identificación de signos y síntomas, valoración fisiológica, dolor, movilidad, descanso, alimentación, hidratación, eliminación, integridad cutánea, capacidad funcional y respuesta a tratamientos.

Su importancia continúa siendo central dentro del cuidado integral. Adoptar una perspectiva multidimensional no implica disminuir el valor de la exploración clínica, los procedimientos diagnósticos o las intervenciones terapéuticas. Significa interpretar estos elementos dentro de una realidad más amplia.

Una alteración física puede modificar considerablemente la autonomía y la calidad de vida. Por ejemplo, una lesión musculoesquelética puede producir dolor y pérdida de movilidad, pero también impedir trabajar, limitar actividades familiares y generar preocupación ante la posibilidad de una recuperación incompleta. Desde una perspectiva integral, estos efectos forman parte del problema asistencial.

En enfermedades crónicas, esta dimensión adquiere características particulares. El objetivo no siempre consiste en lograr una curación definitiva. En determinados casos, el cuidado se orienta hacia control de síntomas, prevención de complicaciones, mantenimiento funcional y mejora de la calidad de vida. Las intervenciones centradas en la persona aplicadas a condiciones crónicas han mostrado resultados favorables en algunos indicadores, aunque la magnitud de sus efectos depende del contexto y del tipo de intervención implementada (Nkhoma et al., 2022).

Por tanto, la evaluación física debe responder no solamente a la pregunta de si una enfermedad se encuentra controlada, sino también a cuánto afecta las actividades y capacidades relevantes para la persona.

Funcionalidad como resultado clínicamente relevante

La capacidad funcional constituye una parte esencial de la dimensión física. Mantener movilidad, fuerza, equilibrio y posibilidad de realizar actividades cotidianas puede representar un resultado tan relevante como determinadas modificaciones en parámetros clínicos.

Esto adquiere especial importancia en personas mayores, pacientes en rehabilitación y personas con enfermedades de larga duración. Una persona puede presentar mejoría en resultados de laboratorio y continuar experimentando importantes limitaciones para caminar, vestirse o desplazarse independientemente.

Por ello, la recuperación debería evaluarse también mediante resultados funcionales.

El cuidado puede favorecer la autonomía cuando ayuda a la persona a recuperar capacidades o a utilizar de forma segura aquellas que todavía conserva. Una asistencia excesiva puede generar dependencia innecesaria, mientras que una exigencia superior a las posibilidades reales puede aumentar riesgos.

El equilibrio consiste en proporcionar apoyo proporcional a las necesidades.

Control de síntomas y experiencia física

Los síntomas poseen una dimensión objetiva y otra subjetiva. El profesional puede medir determinadas variables fisiológicas, pero solamente el paciente puede describir cómo experimenta dolor, fatiga, disnea, náuseas o debilidad.

Esta información subjetiva posee valor clínico.

El dolor constituye un ejemplo especialmente representativo. Aunque tiene fundamentos fisiológicos, su experiencia puede modificarse por factores como miedo, expectativas, experiencias previas y contexto. Por esta razón, su adecuada valoración debe incluir intensidad, duración, características y repercusión sobre sueño, movilidad y actividades cotidianas.

Una persona con dolor persistente puede reducir progresivamente su actividad. Esta disminución puede producir pérdida de fuerza, aislamiento o dependencia y generar a su vez mayor preocupación emocional.

Este ejemplo demuestra cómo una necesidad inicialmente física puede producir consecuencias en diferentes dimensiones del cuidado.

Seguridad en la atención de las necesidades físicas

La dimensión física también debe analizarse desde la perspectiva de seguridad.

La administración de medicamentos, movilización, procedimientos diagnósticos, intervenciones invasivas y utilización de dispositivos incorporan riesgos que necesitan ser identificados y controlados.

La seguridad del paciente constituye una prioridad dentro de los sistemas contemporáneos y exige establecer procesos capaces de disminuir daños evitables (WHO, 2021).

Esto significa que no basta con seleccionar una intervención clínicamente adecuada. También debe ejecutarse bajo condiciones seguras.

La prevención de caídas, infecciones asociadas con la atención, errores de medicación y complicaciones relacionadas con procedimientos forma parte del cuidado físico integral.

La seguridad puede verse afectada además por otras dimensiones. Una persona con dificultades cognitivas, ansiedad intensa o ausencia de apoyo social puede presentar riesgos distintos a los de otro paciente con la misma condición médica.

Por ello, incluso los riesgos físicos deben interpretarse de manera multidimensional.

Dimensión psicológica del cuidado

La dimensión psicológica comprende los procesos cognitivos y conductuales mediante los cuales una persona interpreta y afronta su situación de salud. Incluye percepción de la enfermedad, comprensión de información, expectativas, afrontamiento, adaptación, autoeficacia y percepción de control.

Una enfermedad puede modificar profundamente la forma en que la persona interpreta su presente y su futuro.

La incertidumbre frente a resultados diagnósticos, la hospitalización o la necesidad de tratamientos prolongados puede generar preocupación y modificar la capacidad para concentrarse, decidir o incorporar información.

La respuesta psicológica, sin embargo, no es uniforme.

Dos personas con condiciones clínicas semejantes pueden presentar mecanismos de afrontamiento diferentes debido a experiencias previas, recursos personales, conocimientos, apoyo social o características del entorno.

La valoración psicológica básica permite reconocer estos procesos y determinar cuándo forman parte de una reacción esperable o cuándo requieren intervención especializada.

Afrontamiento y adaptación

El afrontamiento comprende los esfuerzos que una persona utiliza para responder a las demandas derivadas de una situación difícil. Puede expresarse mediante búsqueda de información, reorganización de actividades, utilización de redes de apoyo, establecimiento de nuevas rutinas o ajuste de expectativas.

La adaptación representa un proceso gradual.

No implica aceptar inmediatamente una enfermedad ni eliminar toda preocupación. Significa desarrollar recursos que permitan convivir o responder progresivamente a los cambios que la situación exige.

El equipo sanitario puede favorecer este proceso proporcionando información comprensible, estableciendo objetivos realistas y promoviendo participación en el cuidado.

En enfermedades crónicas, la adaptación adquiere una importancia particular porque el tratamiento debe incorporarse a la vida cotidiana. El paciente puede necesitar modificar horarios, alimentación, actividad física o sistemas de organización personal.

Cuando las recomendaciones resultan incompatibles con sus condiciones reales, la adherencia puede verse comprometida.

Por ello, comprender el contexto psicológico ayuda a formular planes más realistas.

Percepción de control y autoeficacia

La enfermedad puede generar una importante sensación de pérdida de control.

Durante una hospitalización, por ejemplo, gran parte de las actividades cotidianas pueden depender de horarios institucionales, procedimientos y decisiones de terceros.

Permitir que la persona participe en aquellos aspectos en los que puede hacerlo contribuye a preservar autonomía y percepción de control.

La autoeficacia se relaciona con la percepción de que se posee capacidad para desarrollar determinadas acciones.

Una persona puede comprender perfectamente una recomendación y, aun así, sentirse incapaz de cumplirla. Esta diferencia resulta especialmente importante en el autocuidado.

La educación sanitaria debe, por tanto, ir más allá de proporcionar información. Necesita favorecer capacidades, aclarar dudas y promover objetivos alcanzables.

Salud mental e integración del cuidado

La salud mental forma parte inseparable de la salud general. Las enfermedades físicas pueden afectar el bienestar psicológico y las condiciones de salud mental pueden influir sobre autocuidado, utilización de servicios y continuidad terapéutica.

Esto no significa asumir que toda enfermedad produce necesariamente un trastorno psicológico.

El objetivo consiste en evitar que necesidades importantes permanezcan sin identificar.

Cuando aparecen signos persistentes de ansiedad, depresión, deterioro cognitivo o dificultades significativas de adaptación, puede ser necesaria la participación de profesionales especializados.

El enfoque integral permite realizar esta derivación sin separar artificialmente la salud mental del resto del proceso asistencial.

Dimensión emocional del cuidado

La dimensión emocional se refiere específicamente a los sentimientos y respuestas afectivas asociados con la experiencia de salud y enfermedad.

Aunque existe una estrecha relación entre los procesos psicológicos y emocionales, su diferenciación resulta útil. La dimensión psicológica se orienta principalmente hacia procesos de interpretación, afrontamiento y adaptación; la emocional se concentra en sentimientos como miedo, tristeza, enojo, esperanza, frustración, alivio o incertidumbre.

Estas emociones pueden aparecer en distintos momentos de la trayectoria asistencial.

El miedo puede surgir antes de un procedimiento; la tristeza puede relacionarse con pérdida de una capacidad; el enojo puede aparecer después de una experiencia de comunicación deficiente; y la esperanza puede orientarse hacia recuperación, control de síntomas o preservación de determinadas actividades.

Las respuestas emocionales forman parte de la experiencia humana y no deben patologizarse automáticamente.

Reconocimiento y validación emocional

El cuidado emocional comienza con la capacidad de reconocer aquello que la persona expresa.

Escuchar una preocupación no significa necesariamente resolverla inmediatamente. En determinadas circunstancias, permitir que el paciente verbalice miedo o tristeza constituye el primer paso para comprender sus necesidades.

La validación emocional consiste en reconocer que una emoción posee sentido dentro de la situación experimentada.

Por ejemplo, puede resultar comprensible sentir temor antes de una cirugía, aun cuando la evidencia indique que el procedimiento posee altas probabilidades de éxito.

Validar una emoción no significa confirmar interpretaciones incorrectas ni proporcionar falsas seguridades.

El profesional puede reconocer el sentimiento y simultáneamente ofrecer información objetiva.

Este equilibrio favorece una comunicación humanizada y científicamente responsable.

Empatía como componente del cuidado

La empatía constituye una competencia fundamental para abordar la dimensión emocional.

Implica comprender la perspectiva del paciente y comunicar ese reconocimiento de manera respetuosa.

No significa experimentar exactamente las mismas emociones ni perder los límites profesionales.

La empatía puede expresarse mediante conductas sencillas: escuchar sin interrupciones innecesarias, explicar qué ocurrirá, reconocer preocupaciones y evitar minimizar sentimientos.

Estas acciones pueden influir considerablemente en la experiencia asistencial.

La evidencia sobre atención centrada en la persona ha mostrado que comunicación, confianza y respeto constituyen componentes centrales de las experiencias positivas de cuidado (Tikkanen et al., 2024).

Por ello, la empatía no debe considerarse únicamente una característica personal. También constituye una competencia clínica y comunicativa.

Esperanza y realismo clínico

La esperanza desempeña una función relevante dentro del cuidado emocional.

Sin embargo, proporcionar esperanza no significa ocultar información ni generar expectativas irreales.

La comunicación profesional debe mantener honestidad y estar sustentada en evidencia.

La esperanza puede orientarse hacia objetivos diferentes dependiendo de la situación. En algunos pacientes puede relacionarse con curación; en otros, con control de síntomas, recuperación de determinadas capacidades o posibilidad de compartir tiempo significativo con la familia.

En cuidados paliativos, esta reinterpretación de los objetivos adquiere especial importancia.

La evidencia disponible sobre cuidados paliativos integrados ha mostrado beneficios potenciales en calidad de vida y malestar psicológico en pacientes con enfermedades avanzadas, aunque la magnitud de los resultados puede variar entre intervenciones y contextos (Xu et al., 2022).

La imposibilidad de curación, por tanto, no significa ausencia de objetivos terapéuticos.

Dimensión social del cuidado

La salud se encuentra profundamente vinculada con las condiciones sociales en las que las personas viven.

Los determinantes sociales incluyen factores relacionados con vivienda, educación, empleo, ingresos, alimentación, redes de apoyo y acceso a recursos. Estas condiciones pueden favorecer o limitar las posibilidades de mantener la salud y continuar un tratamiento.

La OMS ha destacado que las desigualdades en salud están fuertemente influenciadas por la distribución desigual de recursos, oportunidades y condiciones de vida (WHO, 2025).

La dimensión social permite comprender que la atención clínica ocurre dentro de contextos concretos.

Un tratamiento puede resultar científicamente apropiado pero difícil de mantener cuando la persona no dispone de recursos económicos, vive lejos de los servicios o posee responsabilidades laborales incompatibles con determinados horarios.

Por esta razón, conocer el contexto social mejora la capacidad para formular planes viables.

Condiciones económicas y continuidad terapéutica

Las dificultades económicas pueden afectar el acceso a medicamentos, transporte, alimentación, rehabilitación y consultas.

Cuando estos factores no son considerados, existe el riesgo de interpretar como falta de adherencia lo que en realidad corresponde a una barrera estructural.

El cuidado integral necesita explorar estas dificultades siempre que puedan modificar el tratamiento.

La finalidad no consiste en convertir al profesional sanitario en responsable exclusivo de resolver problemas económicos o sociales.

Consiste en reconocerlos, valorar su impacto y coordinar recursos disponibles cuando sea posible.

Esta mirada se relaciona directamente con la equidad.

Ofrecer la misma recomendación a todas las personas no garantiza que todas dispongan de condiciones semejantes para cumplirla.

Vivienda y condiciones del entorno

El domicilio constituye uno de los espacios fundamentales de recuperación.

Una persona puede encontrarse clínicamente estable al momento del alta y, sin embargo, enfrentar importantes dificultades para continuar el tratamiento debido a barreras arquitectónicas, ausencia de agua segura, falta de apoyo o condiciones inadecuadas para movilizarse.

Estas situaciones adquieren particular importancia en pacientes con limitaciones funcionales o necesidad de cuidados prolongados.

La planificación del alta debe intentar identificar aquellas condiciones del entorno que pueden convertirse en riesgos.

Comprender el contexto domiciliario permite anticipar necesidades de apoyo, rehabilitación o adaptaciones.

Trabajo y responsabilidades familiares

El trabajo y las responsabilidades familiares también forman parte de la experiencia de enfermedad.

Una persona puede preocuparse por perder ingresos, faltar a su empleo o no poder continuar cuidando a familiares dependientes.

Estas preocupaciones pueden tener mayor relevancia subjetiva que determinados síntomas.

Un plan de tratamiento que no considera estas circunstancias puede resultar difícil de mantener.

Cuando existen posibilidades institucionales, la adaptación de horarios, seguimiento remoto o coordinación de servicios puede contribuir a disminuir determinadas barreras.

La atención centrada en la realidad social reconoce que el paciente continúa formando parte de una familia y una comunidad incluso mientras recibe tratamiento.

Redes de apoyo y cuidado

Las redes sociales pueden constituir una fuente importante de apoyo durante la recuperación.

Familiares, amigos y cuidadores pueden colaborar con transporte, alimentación, actividades domésticas, administración de medicamentos o acompañamiento emocional.

Sin embargo, no todas las personas disponen de una red suficiente.

El aislamiento social puede generar dificultades adicionales, especialmente cuando existen limitaciones funcionales o tratamientos complejos.

Por ello, conocer la disponibilidad de apoyo forma parte de una valoración integral.

La evidencia reciente continúa mostrando la relevancia de los factores sociales y del apoyo disponible en procesos de recuperación después de enfermedades graves (Howard et al., 2024).

Familia y cuidadores desde una perspectiva social

La participación familiar puede favorecer continuidad del cuidado, pero también generar sobrecarga.

Los cuidadores informales pueden asumir responsabilidades físicas, emocionales y económicas durante periodos prolongados.

Esto significa que no deben considerarse un recurso ilimitado.

La valoración necesita tener en cuenta su capacidad real y las condiciones en las que proporcionarán apoyo.

El bienestar del cuidador también puede repercutir sobre la calidad del cuidado que recibe el paciente.

Por ello, cuando existe una dependencia significativa, orientar y apoyar al cuidador se convierte en una estrategia que beneficia al conjunto del proceso asistencial.

Interacción entre las cuatro dimensiones del cuidado

La principal característica de las dimensiones física, psicológica, social y emocional es su interdependencia.

En la experiencia real del paciente no existen fronteras rígidas entre ellas.

Una enfermedad física puede reducir movilidad; la pérdida de movilidad puede generar preocupación; esta preocupación puede disminuir la participación en rehabilitación; y la falta de apoyo familiar puede hacer todavía más difícil el proceso de recuperación.

En otro caso, una dificultad económica puede impedir adquirir medicamentos, producir ansiedad y contribuir al empeoramiento de una condición física.

Estas relaciones demuestran que el cuidado integral no consiste en desarrollar cuatro evaluaciones separadas.

Se requiere comprender cómo los factores interactúan y cuáles poseen mayor influencia en cada momento.

La investigación contemporánea sobre determinantes sociales y recuperación ha reforzado la importancia de considerar estas interacciones, especialmente después de enfermedades complejas o periodos prolongados de hospitalización (Howard et al., 2024).

Interacción entre enfermedad física y procesos psicológicos

Las alteraciones físicas pueden modificar la percepción de control, producir incertidumbre y exigir procesos de adaptación.

A su vez, los factores psicológicos pueden influir en la forma en que la persona participa en rehabilitación, interpreta síntomas o mantiene tratamientos.

Una persona que teme lesionarse nuevamente puede evitar determinadas actividades aunque físicamente posea capacidad para realizarlas.

En este caso, una intervención exclusivamente física podría resultar insuficiente.

La identificación del temor permitiría adaptar educación y rehabilitación.

Este ejemplo demuestra la utilidad clínica de analizar interacciones y no solamente dimensiones aisladas.

Influencia de las emociones sobre la comunicación y las decisiones

Las emociones pueden influir sobre la capacidad para procesar información.

Una persona que acaba de recibir un diagnóstico grave puede experimentar tal nivel de preocupación que le resulte difícil comprender explicaciones extensas.

Esto no significa que carezca automáticamente de capacidad para decidir.

Significa que la comunicación debe adaptarse al momento.

Puede ser necesario utilizar lenguaje sencillo, dividir la información, permitir tiempo para preguntas o repetir determinados aspectos posteriormente.

Reconocer este fenómeno constituye una forma de personalización del cuidado.

Influencia de las condiciones sociales sobre el bienestar emocional

Las dificultades sociales pueden generar respuestas emocionales intensas.

El temor a perder un empleo, no disponer de recursos para continuar un tratamiento o no contar con apoyo durante una recuperación puede producir ansiedad y preocupación.

Estas emociones no pueden interpretarse adecuadamente sin comprender su origen social.

El abordaje exclusivamente psicológico podría resultar insuficiente cuando la causa principal se encuentra en condiciones materiales.

Por ello, la multidimensionalidad permite evitar interpretaciones reduccionistas.

Valoración multidimensional integrada

La valoración de estas cuatro dimensiones debe integrarse dentro del razonamiento clínico.

No es necesario aplicar extensos instrumentos a todos los pacientes.

La profundidad dependerá de la situación y de los riesgos identificados.

Una emergencia vital exige una valoración inicialmente orientada a estabilización física. Posteriormente pueden explorarse otras dimensiones.

En enfermedades crónicas o procesos de rehabilitación, la valoración puede ser más amplia desde etapas tempranas.

Las herramientas de detección de necesidades sociales pueden contribuir a identificar determinadas barreras, aunque existe variabilidad en su diseño y utilización, por lo que deben emplearse como complemento y no como sustituto de la relación clínica (Anderst et al., 2022).

La conversación continúa siendo esencial para comprender aspectos que no siempre pueden captarse mediante formularios estructurados.

Priorización de necesidades

La existencia de múltiples dimensiones no significa que todas deban recibir la misma prioridad.

El cuidado integral requiere jerarquizar necesidades.

Las condiciones que representan riesgos inmediatos necesitan atención prioritaria. Una vez estabilizada la situación, pueden abordarse otros elementos relevantes.

Esta priorización debe modificarse conforme evoluciona el paciente.

Un problema físico inicialmente dominante puede dejar de representar la principal preocupación durante la fase de recuperación, momento en el cual pueden adquirir mayor relevancia la funcionalidad o las condiciones sociales.

La atención integral es, por tanto, dinámica.

Planificación multidimensional del cuidado

La información obtenida mediante la valoración debe transformarse en un plan coherente.

Según las necesidades identificadas, este puede incorporar tratamiento clínico, control sintomático, educación, rehabilitación, apoyo emocional, intervención psicológica o coordinación social.

No todos los pacientes necesitan todas estas intervenciones.

La integralidad no consiste en acumular procedimientos, sino en seleccionar los pertinentes.

La participación del paciente permite además priorizar objetivos que posean significado personal.

Un plan construido exclusivamente desde la perspectiva profesional puede resultar técnicamente adecuado y, sin embargo, presentar dificultades de implementación.

Trabajo interdisciplinario

La multidimensionalidad de las necesidades demuestra la importancia de la colaboración entre diferentes disciplinas.

Los profesionales de medicina, enfermería, psicología, trabajo social, rehabilitación, nutrición y otras áreas pueden contribuir desde competencias complementarias.

Sin embargo, la interdisciplinariedad no consiste simplemente en realizar múltiples derivaciones.

Se requiere coordinación, comunicación y objetivos compartidos.

Moran et al. (2024) destacan la relevancia del cuidado centrado en la persona y de los componentes interpersonales dentro de la atención de personas con necesidades complejas, lo que refuerza la importancia de respuestas coordinadas y no fragmentadas.

La persona debe ser reconocida como parte del equipo asistencial y no solamente como receptora del plan.

Continuidad del cuidado

La integración de dimensiones resulta especialmente importante durante las transiciones entre diferentes escenarios asistenciales.

El paso del hospital al domicilio constituye un momento crítico.

Una persona puede encontrarse clínicamente estable y continuar presentando necesidades psicológicas, funcionales o sociales que dificulten su recuperación.

Por ello, el alta no debería interpretarse únicamente como finalización de un episodio clínico.

La continuidad requiere transmitir información, coordinar controles y anticipar barreras relevantes.

Cuando esta articulación falla, el cuidado puede fragmentarse.

Humanización e integración multidimensional

La humanización del cuidado adquiere una expresión concreta cuando estas dimensiones son reconocidas e integradas.

Humanizar no significa solamente ofrecer un trato cordial.

Implica reconocer que detrás de cada síntoma existe una experiencia personal, que cada intervención puede generar emociones y que toda indicación tendrá que desarrollarse dentro de un contexto social específico.

Esta perspectiva permite superar la falsa oposición entre rigor científico y humanización.

El conocimiento científico permite identificar qué intervenciones son efectivas y seguras; la valoración multidimensional permite determinar cómo aplicarlas de manera pertinente a una persona concreta.

Ambos componentes son necesarios.

Evitar el reduccionismo

La atención multidimensional debe evitar dos extremos.

El primero consiste en reducir toda situación de salud a alteraciones biológicas.

El segundo consiste en extender el análisis de forma indiscriminada hasta perder de vista las prioridades clínicas.

No todos los factores poseen la misma importancia en todo momento.

La integralidad exige seleccionar aquello que es relevante.

En una urgencia, la dimensión física puede dominar inicialmente. Durante una rehabilitación prolongada, las condiciones psicológicas y sociales pueden adquirir mayor influencia.

El razonamiento clínico debe determinar estas prioridades.

Resultados relevantes para el paciente

La incorporación de estas dimensiones también amplía la manera de evaluar los resultados del cuidado.

Los indicadores biomédicos continúan siendo esenciales, pero pueden complementarse con funcionalidad, calidad de vida, capacidad de autocuidado y experiencia asistencial.

Una persona puede presentar estabilidad clínica y continuar experimentando limitaciones importantes.

De manera inversa, alguien que vive con una condición crónica puede alcanzar un buen nivel de bienestar cuando mantiene autonomía, controla síntomas y desarrolla actividades significativas.

Las intervenciones centradas en la persona y multidimensionales han incrementado el interés por incorporar resultados relevantes para los propios pacientes dentro de la evaluación asistencial (Nkhoma et al., 2022).

Síntesis integradora

Las dimensiones física, psicológica, social y emocional constituyen componentes interdependientes de la experiencia de salud y enfermedad. La dimensión física permite comprender el estado biológico, los síntomas y la capacidad funcional; la psicológica analiza procesos de interpretación, afrontamiento, adaptación y autoeficacia; la emocional reconoce los sentimientos que acompañan la experiencia asistencial; y la social sitúa a la persona dentro de las condiciones materiales, familiares y comunitarias en las que deberá continuar su tratamiento y recuperación.

El valor del enfoque no se encuentra únicamente en reconocer estas dimensiones, sino en comprender sus interacciones.

Un mismo problema puede producir consecuencias simultáneas en diferentes áreas, y una barrera aparentemente externa al diagnóstico puede determinar el éxito o fracaso de una intervención.

En consecuencia, el cuidado integral necesita combinar valoración multidimensional, establecimiento de prioridades, participación del paciente, coordinación interdisciplinaria y continuidad asistencial.

La perspectiva biopsicosocial continúa ofreciendo un marco conceptual relevante para esta comprensión, mientras que la evidencia contemporánea sobre enfermedades crónicas, determinantes sociales y resultados centrados en la persona reafirma la necesidad de superar modelos asistenciales excesivamente fragmentados (Nkhoma et al., 2022; WHO, 2024, 2025).

Cuidar integralmente significa, por tanto, **atender el cuerpo sin reducir a la persona a su condición física; reconocer los procesos psicológicos sin patologizar automáticamente las respuestas humanas; comprender las emociones como parte legítima de la experiencia asistencial; y analizar las condiciones sociales que pueden facilitar o dificultar la recuperación**.

La integración equilibrada de estas dimensiones permite construir una práctica científica y humanizada, en la cual las necesidades clínicas permanecen como una prioridad fundamental, pero se interpretan dentro de la realidad completa de la persona. Este enfoque proporciona además las bases para comprender la importancia de la relación terapéutica entre profesionales, pacientes y familias, elemento que constituye el siguiente componente fundamental del cuidado integral.

1.5. Relación terapéutica entre profesionales de salud, pacientes y familias

La relación terapéutica constituye uno de los componentes esenciales del cuidado integral y centrado en la persona. Aunque la atención sanitaria se sustenta en conocimientos científicos, competencias técnicas y recursos tecnológicos, su desarrollo ocurre mediante interacciones humanas en las que profesionales, pacientes y familias intercambian información, decisiones, expectativas, emociones y responsabilidades. La calidad de estos vínculos puede influir en la

comprensión de las indicaciones, la participación en el tratamiento, la percepción de seguridad, la continuidad asistencial y la experiencia global del cuidado.

Los modelos contemporáneos han evolucionado desde esquemas predominantemente paternalistas hacia relaciones más participativas, en las que se reconoce al paciente como sujeto activo dentro del proceso asistencial. La Organización Mundial de la Salud sostiene que los sistemas integrados y centrados en las personas deben favorecer relaciones más colaborativas entre individuos, familias, comunidades y profesionales sanitarios, fortaleciendo su participación en las decisiones relacionadas con la salud (World Health Organization [WHO], 2024).

Este cambio no elimina las responsabilidades diferenciadas de quienes participan en la atención. Los profesionales mantienen la responsabilidad de interpretar la evidencia científica, evaluar riesgos y formular recomendaciones clínicamente apropiadas; el paciente aporta información sobre su experiencia, valores, preferencias y necesidades; mientras que la familia puede contribuir con apoyo, información contextual y continuidad del cuidado cuando su participación resulta pertinente y es aceptada por la persona.

La relación terapéutica constituye, por tanto, un proceso dinámico sustentado en confianza, respeto, comunicación, confidencialidad, autonomía y límites profesionales. Su finalidad no consiste simplemente en generar una interacción agradable, sino en establecer condiciones que favorezcan decisiones informadas, seguridad y respuestas asistenciales acordes con las necesidades individuales.

Fundamentos de la relación terapéutica

La relación terapéutica puede definirse como un vínculo profesional orientado a promover, recuperar o mantener la salud, aliviar el sufrimiento y acompañar a la persona durante diferentes etapas del proceso asistencial. Se diferencia de una relación social ordinaria porque posee objetivos clínicos, responsabilidades éticas y límites claramente establecidos.

Su construcción requiere confianza, comunicación efectiva, reconocimiento de la dignidad y respeto por la autonomía. Estos componentes forman parte de la atención centrada en la persona y pueden influir en la disposición del paciente para compartir información relevante, formular preguntas y expresar preocupaciones.

Tikkanen et al. (2023, 2024) han identificado la comunicación, confianza, presencia profesional, participación y respeto por la dignidad como elementos importantes dentro de las experiencias de atención centrada en la persona. Estos hallazgos permiten comprender que la dimensión relacional no constituye un complemento separado de la práctica clínica, sino una condición que puede favorecer la calidad del proceso asistencial.

Una relación terapéutica adecuada tampoco supone ausencia de discrepancias. Profesionales, pacientes y familiares pueden interpretar de manera diferente una determinada situación. La finalidad consiste en disponer de mecanismos comunicativos capaces de abordar estas diferencias desde el respeto, la evidencia y la deliberación.

Del paternalismo hacia una relación participativa

Tradicionalmente, numerosos modelos de atención otorgaban al profesional una posición predominante en las decisiones clínicas. Esta orientación partía de la premisa de que el

conocimiento especializado permitía determinar aquello que resultaba más beneficioso para el paciente.

Aunque la responsabilidad profesional continúa siendo fundamental, el desarrollo de la bioética, los derechos de los pacientes y los modelos centrados en la persona ha modificado progresivamente esta relación.

La autonomía reconoce la capacidad de las personas para participar en aquellas decisiones que afectan su salud y su proyecto vital. Esto implica recibir información suficiente, comprender las opciones disponibles y expresar preferencias.

El cambio desde el paternalismo no significa transferir toda la responsabilidad al paciente. Una persona no debería quedar sola frente a decisiones clínicas complejas. El profesional conserva la obligación de orientar, explicar la evidencia y formular recomendaciones.

Montori et al. (2023) plantean que la toma de decisiones compartida debe comprenderse como un método de cuidado mediante el cual el conocimiento profesional y la realidad individual del paciente se integran dentro de un proceso colaborativo.

La relación participativa busca, por tanto, equilibrar dos elementos: la competencia clínica del profesional y el derecho de la persona a intervenir en decisiones significativas.

La confianza como fundamento de la relación

La confianza constituye uno de los principales elementos del vínculo terapéutico.

Las personas que solicitan atención sanitaria pueden encontrarse en situaciones de vulnerabilidad. Necesitan comunicar información privada, permitir exploraciones físicas, someterse a procedimientos o aceptar intervenciones cuyos mecanismos no siempre comprenden completamente.

Estas circunstancias requieren confiar en la competencia, integridad y responsabilidad de quienes proporcionan el cuidado.

La confianza no debe considerarse automática. Se construye mediante comportamientos consistentes, comunicación clara, respeto, confidencialidad y cumplimiento de compromisos.

Cuando el paciente percibe indiferencia, mensajes contradictorios o falta de información, la confianza puede deteriorarse.

Tikkanen et al. (2024) identificaron precisamente la confianza, comunicación y dignidad como elementos fundamentales de las experiencias positivas de atención centrada en la persona.

La confianza tampoco implica aceptación pasiva. Un paciente puede confiar en el profesional y, al mismo tiempo, solicitar explicaciones, preguntar por alternativas o buscar una segunda opinión. Una relación terapéutica madura permite estas conductas sin interpretarlas como cuestionamientos indebidos.

Comunicación terapéutica

La comunicación constituye el principal mecanismo mediante el cual se desarrolla la relación terapéutica.

A través de ella se obtienen antecedentes, se exploran síntomas, se explican diagnósticos, se comunican riesgos, se establecen objetivos y se proporciona acompañamiento durante diferentes momentos de la atención.

Una comunicación eficaz necesita ser clara, respetuosa, comprensible y adaptada a las características de la persona.

El uso excesivo de terminología técnica puede dificultar la comprensión. La precisión científica debe mantenerse, pero acompañada de un lenguaje que permita al paciente comprender aquello que está ocurriendo.

La comunicación posee además un carácter bidireccional.

El profesional no debería limitarse a transmitir información. Necesita generar espacios para preguntas, dudas y preocupaciones.

Esta interacción permite identificar información que puede modificar el plan asistencial.

Una persona puede revelar, por ejemplo, que dejó de utilizar un medicamento debido a efectos adversos o que una recomendación resulta difícil de cumplir por razones económicas. Sin una comunicación suficientemente abierta, estas circunstancias pueden permanecer ocultas.

Por ello, la comunicación tiene también una función clínica.

Escucha activa

La escucha activa constituye una dimensión específica de la comunicación terapéutica.

Escuchar implica prestar atención al relato de la persona, permitir que exprese preocupaciones relevantes e intentar comprender el significado que atribuye a su experiencia.

No consiste únicamente en guardar silencio mientras el otro habla.

Requiere observar, formular preguntas pertinentes, clarificar información y comprobar que se ha comprendido correctamente aquello que el paciente intenta comunicar.

La escucha puede aportar datos que no aparecen en una exploración física o en un examen de laboratorio.

El temor a un procedimiento, dificultades económicas, efectos adversos o problemas familiares pueden influir considerablemente sobre el tratamiento.

Cuando el paciente percibe que puede expresar estas cuestiones sin ser juzgado, aumenta la posibilidad de desarrollar un plan más realista.

La escucha, por tanto, no debe entenderse como una actividad separada de la práctica clínica. Constituye una fuente de información relevante para comprender la situación de manera integral.

Empatía y comprensión de la experiencia

La empatía permite reconocer la perspectiva del paciente sin perder los límites profesionales.

No significa experimentar exactamente las mismas emociones ni aceptar todas las interpretaciones expresadas. Implica comprender que una determinada situación puede generar temor, frustración o incertidumbre y responder de manera respetuosa.

Un profesional puede reconocer el miedo que produce una cirugía y, simultáneamente, explicar sus indicaciones, riesgos y beneficios.

La combinación entre comprensión emocional y orientación científica constituye una característica importante de una relación terapéutica de calidad.

Las experiencias de atención centrada en la persona muestran que la presencia, comunicación y forma de interacción de los profesionales poseen una importancia considerable para los pacientes (Tikkanen et al., 2023).

La empatía puede manifestarse mediante conductas sencillas: permitir preguntas, no minimizar preocupaciones, explicar lo que se realizará y reconocer explícitamente las emociones expresadas.

Estas acciones contribuyen a humanizar la atención sin disminuir su rigor técnico.

Dignidad y respeto

La dignidad constituye un principio transversal de toda relación terapéutica.

La enfermedad, discapacidad o dependencia no disminuyen el valor ni los derechos de una persona.

El respeto se manifiesta mediante conductas concretas: proteger la intimidad, explicar previamente los procedimientos, solicitar autorización cuando corresponde y dirigirse a la persona de manera apropiada.

También implica evitar actitudes que reduzcan al paciente a un diagnóstico o número de habitación.

La dignidad adquiere particular importancia durante situaciones de dependencia física.

Una persona que necesita ayuda para alimentarse, movilizarse o realizar actividades de higiene puede encontrarse en una situación de elevada vulnerabilidad.

El modo en que se proporciona esa ayuda puede preservar o deteriorar profundamente su experiencia.

Por ello, el respeto no debe limitarse a declaraciones institucionales. Necesita expresarse en cada interacción cotidiana.

Confidencialidad y privacidad

La confidencialidad constituye una condición fundamental para mantener la confianza.

Los pacientes comunican información personal porque existe la expectativa de que será utilizada exclusivamente con finalidades asistenciales legítimas.

La protección de estos datos representa una responsabilidad ética y profesional.

La digitalización de la atención ha ampliado este desafío. Las historias clínicas electrónicas, sistemas de intercambio de información y telemedicina pueden mejorar la continuidad, pero también exigen mecanismos adecuados de seguridad y protección de datos.

La participación familiar tampoco elimina automáticamente la confidencialidad.

Cuando la persona posee capacidad para decidir, debe respetarse su voluntad respecto de la información que puede compartirse con terceros, salvo las excepciones establecidas por los marcos normativos aplicables.

La confidencialidad fortalece la relación porque permite que la persona comunique información sensible con menor temor a una utilización inapropiada.

Consentimiento informado como proceso continuo

El consentimiento informado constituye una manifestación práctica del respeto por la autonomía.

No debería interpretarse únicamente como la firma de un formulario.

Se trata de un **proceso comunicativo y decisional** mediante el cual la persona recibe información pertinente sobre una intervención, comprende sus objetivos, beneficios, riesgos y alternativas y tiene oportunidad de expresar preguntas antes de decidir.

La firma puede documentar la decisión, pero no sustituye el proceso que la precede.

La calidad del consentimiento depende de que la información resulte comprensible y de que exista capacidad suficiente para tomar una decisión voluntaria.

También puede requerir actualización cuando cambian las circunstancias clínicas o las alternativas terapéuticas.

La relación terapéutica facilita este proceso porque una persona que confía en el profesional puede sentirse más cómoda al reconocer que no comprendió una explicación o necesita información adicional.

El consentimiento debe entenderse, por tanto, como una responsabilidad relacional y no únicamente administrativa.

Participación del paciente

La participación del paciente puede adoptar diferentes formas.

Puede intervenir en la toma de decisiones, establecer objetivos, comunicar preferencias, reconocer síntomas y desarrollar actividades de autocuidado.

El grado de participación no tiene que ser idéntico para todas las personas.

Algunos pacientes desean analizar cada alternativa de manera detallada, mientras otros prefieren una recomendación profesional más definida.

Una relación centrada en la persona necesita reconocer estas preferencias.

Barradell et al. (2023) señalan que la toma de decisiones compartida permite integrar los conocimientos profesionales con las preferencias y experiencias de los pacientes dentro de modelos personalizados de atención.

La participación tampoco debe convertirse en transferencia de responsabilidades.

Los profesionales continúan siendo responsables de proporcionar información correcta, identificar riesgos y recomendar opciones seguras.

La colaboración implica compartir determinadas decisiones sin diluir las responsabilidades propias de cada participante.

El conocimiento del paciente sobre su propia experiencia

El paciente posee una forma de conocimiento que resulta indispensable para el cuidado: conoce cómo experimenta su enfermedad.

Una persona que vive durante años con una condición crónica puede reconocer determinados patrones, síntomas o respuestas a tratamientos con gran precisión.

Este conocimiento no reemplaza la evidencia científica ni el razonamiento clínico.

Los complementa.

El profesional puede comprender mecanismos fisiopatológicos y probabilidades terapéuticas, mientras el paciente conoce las implicaciones que esas intervenciones poseen en su vida cotidiana.

La relación terapéutica permite integrar ambas perspectivas.

Esta integración resulta especialmente relevante cuando se establecen objetivos a largo plazo.

El papel de la familia

La familia puede convertirse en un participante importante de la relación terapéutica cuando el paciente desea su incorporación o cuando las circunstancias clínicas requieren apoyo adicional.

Familiares y cuidadores pueden aportar información sobre cambios funcionales, antecedentes, rutinas y condiciones del domicilio.

También pueden participar en el acompañamiento emocional y en determinadas actividades de cuidado después del alta.

Sin embargo, su participación debe mantenerse subordinada a los derechos y preferencias de la persona.

Cuando el paciente conserva capacidad para decidir, la familia no debería sustituir automáticamente su voz.

La relación puede adquirir entonces una estructura triangular en la que profesional, paciente y familia participan desde funciones diferentes.

El objetivo consiste en construir cooperación sin desplazar el centro del cuidado desde la persona hacia terceros.

La familia como apoyo para la continuidad

Las familias pueden contribuir significativamente a la continuidad asistencial.

En enfermedades crónicas, discapacidad o dependencia, pueden colaborar con administración de medicamentos, movilización, alimentación, transporte y reconocimiento de signos de alarma.

Para asumir estas responsabilidades necesitan información y preparación suficientes.

No resulta adecuado proporcionar instrucciones complejas y asumir que serán comprendidas automáticamente.

La educación dirigida al cuidador debe considerar cuáles actividades deberá realizar y verificar que posea las capacidades necesarias.

Esta preparación adquiere particular importancia durante el alta hospitalaria.

Una transición segura requiere que paciente y cuidadores comprendan los tratamientos, controles y señales que justifican solicitar nuevamente atención.

Sobrecarga del cuidador dentro de la relación terapéutica

La participación familiar también posee límites.

El cuidado prolongado puede generar fatiga, estrés, preocupación económica y dificultades para mantener actividades personales o laborales.

Blok et al. (2023) han mostrado que los familiares de pacientes gravemente enfermos pueden experimentar niveles significativos de malestar psicológico, lo que evidencia la necesidad de reconocer sus propias necesidades.

El cuidador no debería considerarse un recurso ilimitado.

Antes de atribuirle responsabilidades importantes, resulta necesario valorar su disponibilidad y capacidad.

Cuando existen signos de sobrecarga, los profesionales pueden orientar hacia recursos de apoyo disponibles.

Reconocer esta situación no desplaza la prioridad del paciente. Contribuye a sostener un sistema de cuidado que, en muchos casos, dependerá parcialmente del bienestar de quien proporciona asistencia en el domicilio.

Relación terapéutica durante enfermedades crónicas

Las enfermedades crónicas modifican la naturaleza del vínculo asistencial porque pueden requerir seguimiento durante periodos prolongados.

La continuidad permite que el profesional conozca progresivamente las necesidades, preferencias, respuestas terapéuticas y dificultades del paciente.

A su vez, la persona desarrolla conocimiento acerca de su propia condición.

Esta evolución puede favorecer una relación de colaboración más estable.

Las intervenciones centradas en la persona utilizadas en enfermedades crónicas han mostrado beneficios en determinados resultados, aunque sus efectos son variables según población, intervención y contexto (Nkhoma et al., 2022).

Por ello, la relación terapéutica debe considerarse una dimensión importante del proceso y no una garantía aislada de mejores resultados.

El control de enfermedades crónicas depende también de factores clínicos, sociales, económicos y organizacionales.

Relación terapéutica y personas mayores

Las personas mayores pueden requerir adaptaciones específicas en la interacción.

Alteraciones auditivas, visuales o cognitivas pueden dificultar la comunicación, pero no deben utilizarse automáticamente como argumento para excluir a la persona de las decisiones.

Puede ser necesario reducir el ruido ambiental, utilizar un ritmo más lento, proporcionar información por etapas y verificar comprensión.

La presencia familiar puede resultar útil, pero es importante evitar dirigir toda la conversación al acompañante cuando la persona puede comunicarse por sí misma.

Martínez-Angulo et al. (2023) encontraron que las personas mayores valoran la posibilidad de expresar preferencias y participar en las decisiones, aunque esta participación puede verse condicionada por relaciones y contextos asistenciales.

La edad, por tanto, no debe utilizarse como sustituto de una valoración individual de capacidades y preferencias.

Relación terapéutica en situaciones de vulnerabilidad

La vulnerabilidad puede aumentar ante enfermedad grave, discapacidad, dependencia, barreras lingüísticas o condiciones socioeconómicas adversas.

Estas circunstancias requieren especial atención para evitar prácticas despersonalizadas.

Dependencia física y autonomía decisoria no son conceptos equivalentes.

Una persona puede necesitar asistencia para actividades básicas y conservar completamente su capacidad para tomar decisiones.

Del mismo modo, una dificultad para expresarse verbalmente no significa ausencia de preferencias.

El equipo sanitario debe buscar mecanismos adecuados para facilitar la comunicación cuando sea posible.

La protección de las personas vulnerables debe desarrollarse preservando al máximo sus derechos.

Diversidad cultural y comunicación

La relación terapéutica se desarrolla dentro de contextos culturales diversos.

Las personas pueden interpretar de manera diferente la enfermedad, el dolor, las intervenciones y la participación familiar.

Una práctica culturalmente sensible requiere reconocer estas diferencias sin utilizar estereotipos.

Pertenecer a una comunidad determinada no significa que todas las personas compartan exactamente las mismas creencias.

Por ello, resulta preferible preguntar antes que asumir.

Las barreras lingüísticas pueden afectar especialmente la comunicación.

Cuando la persona no comprende adecuadamente el idioma utilizado, pueden producirse dificultades para explicar síntomas, interpretar riesgos o participar en decisiones.

La utilización de mecanismos adecuados de interpretación contribuye a proteger comprensión, autonomía y seguridad.

Comunicación de información difícil

La comunicación de diagnósticos graves, progresión de enfermedades o limitación de opciones terapéuticas constituye uno de los momentos más delicados de la relación.

La información debe proporcionarse con claridad y sensibilidad.

Ocultar información relevante puede vulnerar la autonomía, mientras que comunicarla de forma fría o excesivamente técnica puede incrementar el sufrimiento.

La comunicación debería considerar el ritmo de la persona, proporcionar tiempo para procesar la información y permitir preguntas.

En algunos casos puede resultar apropiado dividir la información en diferentes momentos.

La familia puede participar cuando el paciente así lo desea.

La finalidad consiste en mantener honestidad clínica sin abandonar el acompañamiento humano.

Manejo de desacuerdos y conflictos

Los conflictos pueden surgir cuando existen diferencias entre las expectativas del paciente, la familia y las recomendaciones del equipo sanitario.

Una persona puede rechazar un tratamiento, una familia solicitar intervenciones consideradas poco beneficiosas o distintos profesionales interpretar de manera diferente un determinado escenario.

Estos desacuerdos no significan necesariamente fracaso de la relación.

En primer lugar, resulta necesario determinar cuál es el origen del conflicto.

Puede existir información insuficiente, miedo, expectativas poco realistas o diferencias auténticas de valores.

La comunicación permite distinguir estas posibilidades.

Cuando persisten decisiones complejas, pueden utilizarse mecanismos institucionales de apoyo, incluyendo consultas especializadas o deliberación ética cuando corresponda.

La finalidad debe ser preservar respeto, derechos y seguridad.

Límites profesionales

La confianza y empatía necesitan coexistir con límites profesionales adecuados.

La relación terapéutica posee una finalidad sanitaria y no debe transformarse en una relación utilizada para obtener beneficios personales o emocionales.

Los profesionales tienen acceso a información privada y ocupan una posición de responsabilidad que genera una asimetría de poder.

Los límites ayudan a proteger al paciente frente a posibles abusos y permiten al profesional conservar una adecuada capacidad de juicio.

Mantener límites no significa proporcionar una atención distante.

Es posible establecer relaciones cálidas y respetuosas sin abandonar el marco profesional.

Trabajo interdisciplinario y coherencia de la información

En los sistemas sanitarios actuales, el paciente suele interactuar con múltiples profesionales.

Esto convierte la relación terapéutica en una experiencia que trasciende el vínculo con una sola persona.

Mensajes contradictorios pueden generar confusión y disminuir confianza.

La coordinación del equipo es, por tanto, parte de la calidad relacional.

Moran et al. (2024) destacan la importancia del cuidado centrado en la persona y de los componentes interpersonales en la atención de individuos con necesidades complejas.

Cuando los diferentes profesionales comparten objetivos y mantienen coherencia en la información, el paciente puede experimentar mayor continuidad.

La comunicación interdisciplinaria repercute directamente sobre la relación que la persona desarrolla con el sistema sanitario.

Continuidad relacional

La continuidad asistencial también puede tener una dimensión relacional.

Mantener contacto con profesionales o equipos relativamente estables facilita el conocimiento progresivo de la historia y preferencias del paciente.

Esto resulta particularmente importante en atención primaria y enfermedades crónicas.

La continuidad reduce la necesidad de reconstruir constantemente la relación y explicar repetidamente aspectos esenciales de la historia.

La OMS incluye continuidad y coordinación entre los principios de los servicios integrados y centrados en las personas (WHO, 2024).

Cuando la continuidad profesional no es posible, los sistemas deben al menos garantizar una adecuada transferencia de información y objetivos.

Tecnología como apoyo a la relación

Las tecnologías digitales pueden facilitar determinados componentes de la relación terapéutica.

La telemedicina, los portales de pacientes y los sistemas de mensajería pueden mejorar acceso y continuidad en situaciones específicas.

Sin embargo, estas herramientas no sustituyen automáticamente la calidad de la interacción.

La tecnología puede convertirse en una barrera cuando dificulta el contacto visual, genera problemas de privacidad o excluye a personas con dificultades de acceso y alfabetización digital.

Por ello, su incorporación debe responder a necesidades reales y preservar comunicación, confidencialidad y participación.

El análisis de estas tecnologías se desarrollará posteriormente; dentro de este apartado resulta suficiente establecer que la innovación debe fortalecer y no debilitar el vínculo terapéutico.

Relación terapéutica y seguridad

La calidad de la comunicación puede contribuir a la seguridad del paciente.

Una persona que mantiene una relación de confianza con el equipo puede comunicar con mayor facilidad que no comprende una indicación, que está utilizando medicamentos adicionales o que ha experimentado determinados efectos adversos.

Esta participación puede aportar una barrera adicional frente a errores.

No obstante, la responsabilidad principal sobre la seguridad permanece en los profesionales y organizaciones.

El paciente no debe convertirse en responsable de detectar fallas del sistema.

La comunicación abierta complementa los mecanismos institucionales de seguridad.

Relación terapéutica y continuidad del tratamiento

La continuidad terapéutica está influida por múltiples factores y no debe atribuirse únicamente a la motivación del paciente.

Comprensión, efectos adversos, disponibilidad económica, creencias, complejidad del régimen terapéutico y condiciones sociales pueden afectar el seguimiento de las recomendaciones.

Una relación basada en confianza facilita explorar estas dificultades.

En lugar de interpretar inmediatamente una interrupción como falta de responsabilidad, puede resultar más útil identificar sus causas.

El paciente puede haber suspendido un tratamiento por efectos adversos, costos o temor.

Comprender el motivo permite formular una respuesta clínica más apropiada.

La relación terapéutica puede contribuir a la continuidad, pero debe interpretarse dentro de este conjunto más amplio de determinantes.

Educación del paciente y la familia

La educación sanitaria constituye uno de los componentes prácticos de la relación terapéutica.

Su finalidad consiste en desarrollar comprensión y capacidades necesarias para participar en el cuidado.

La información debe adaptarse a características individuales y evitar la sobrecarga de contenidos.

Cuando el paciente o la familia deberán realizar actividades específicas en el domicilio, resulta necesario proporcionar instrucciones claras y comprobar comprensión.

Esto puede incluir administración de medicamentos, movilización, cuidado de dispositivos, alimentación o reconocimiento de signos de alarma.

La educación efectiva es interactiva.

Permite preguntas y utiliza estrategias para verificar que la información ha sido comprendida correctamente.

Alianza terapéutica

Cuando existe confianza, comunicación adecuada y objetivos compartidos, puede desarrollarse una alianza terapéutica.

Esta alianza no significa igualdad absoluta de funciones.

El profesional conserva responsabilidades científicas y éticas; el paciente mantiene derechos, preferencias y responsabilidades relacionadas con aquellas decisiones que puede adoptar.

La colaboración surge cuando ambos pueden trabajar alrededor de objetivos comunes.

En enfermedades crónicas, esta alianza puede resultar especialmente relevante porque gran parte del tratamiento depende de actividades cotidianas desarrolladas fuera del establecimiento.

La relación deja entonces de estar orientada exclusivamente hacia intervenciones puntuales y se convierte en un proceso longitudinal de acompañamiento.

Evaluación de la dimensión relacional

La calidad de las relaciones terapéuticas también puede evaluarse.

Los resultados clínicos tradicionales no proporcionan por sí solos información sobre si una persona recibió explicaciones comprensibles, se sintió respetada o pudo participar en las decisiones.

Por esta razón, se han desarrollado instrumentos destinados a valorar componentes de la atención centrada en la persona.

Bru-Luna et al. (2024) identificaron una diversidad de herramientas para evaluar estas dimensiones y sus propiedades psicométricas.

Las experiencias reportadas por los pacientes pueden complementar los indicadores clínicos.

Una organización puede conseguir resultados técnicos favorables y, al mismo tiempo, presentar deficiencias importantes en comunicación o respeto.

Ambos componentes deberían formar parte de los procesos de mejora de calidad.

Formación en competencias relacionales

Las habilidades necesarias para construir relaciones terapéuticas de calidad pueden y deben desarrollarse durante la formación de los profesionales sanitarios.

Comunicación clínica, escucha activa, toma de decisiones compartida, manejo de conflictos, ética y sensibilidad cultural constituyen competencias que requieren aprendizaje y práctica.

No deberían considerarse únicamente características personales innatas.

La simulación, el análisis de casos y la reflexión sobre experiencias clínicas pueden contribuir a su desarrollo.

La formación interdisciplinaria también permite comprender mejor las responsabilidades de otros profesionales y favorecer una comunicación más coherente dentro de los equipos.

De esta manera, las competencias relacionales se incorporan al mismo nivel de profesionalización que otras habilidades necesarias para el cuidado.

Condiciones organizacionales y calidad de la relación

La calidad de las relaciones no depende únicamente de la voluntad individual.

Sobrecarga laboral, tiempos insuficientes de consulta, fragmentación de servicios y sistemas de información poco funcionales pueden dificultar una comunicación adecuada.

Janerka et al. (2023) han señalado que la implementación sostenible de intervenciones centradas en la persona está influida por factores relacionados con profesionales, pacientes y organizaciones.

Esta observación resulta importante porque evita responsabilizar exclusivamente al trabajador sanitario.

Las instituciones deben proporcionar condiciones que permitan desarrollar una atención centrada en la persona.

Promover comunicación y participación mientras se mantienen cargas asistenciales incompatibles con estos objetivos genera una contradicción organizacional.

La humanización requiere, por tanto, políticas institucionales coherentes con aquello que se espera de los profesionales.

Una relación dinámica entre profesionales, pacientes y familias

Las funciones de profesionales, pacientes y familias pueden modificarse durante el curso de una enfermedad.

En una emergencia, el profesional puede asumir temporalmente una función más directiva debido a la necesidad de responder rápidamente a riesgos vitales.

Durante la recuperación, el paciente puede incrementar su participación.

Ante situaciones de dependencia, la familia puede asumir responsabilidades adicionales.

Estos cambios hacen que la relación terapéutica sea dinámica.

No existe una única distribución de funciones válida para todos los escenarios.

El principio constante debe ser preservar, en la mayor medida posible, dignidad, autonomía, seguridad, confidencialidad y participación.

Síntesis integradora

La relación terapéutica constituye una dimensión clínica, ética y comunicativa fundamental del cuidado integral. A través de ella se intercambia información, se construyen decisiones, se establecen objetivos y se coordinan responsabilidades.

La confianza proporciona las condiciones necesarias para que el paciente comunique información relevante; la comunicación y la escucha favorecen comprensión; la empatía permite reconocer la experiencia humana; y la confidencialidad y los límites profesionales protegen la integridad de la relación.

La participación familiar puede fortalecer la continuidad del cuidado, especialmente cuando existen necesidades complejas, siempre que se respeten la autonomía y las preferencias del paciente. Del mismo modo, reconocer las necesidades de quienes ejercen funciones de cuidado permite evitar que la responsabilidad familiar sea considerada ilimitada.

La evidencia contemporánea sobre atención centrada en la persona confirma la importancia de comunicación, confianza, participación y dignidad dentro de la experiencia asistencial, pero también muestra que la calidad de estas relaciones depende de factores profesionales y organizacionales (Janerka et al., 2023; Tikkanen et al., 2024).

En consecuencia, la relación terapéutica no puede reducirse a cordialidad ni a una disposición subjetiva del profesional. Constituye una **competencia clínica y ética mediante la cual se articulan evidencia científica, autonomía, comunicación y experiencia humana**.

Una relación de calidad permite que el paciente permanezca en el centro del proceso, que la familia participe de manera pertinente y que los profesionales ejerzan su responsabilidad dentro de un marco colaborativo. Cuando estos elementos funcionan de manera coordinada, la atención adquiere mayor coherencia con los principios del cuidado integral, la humanización y la seguridad.

Esta dimensión relacional conduce directamente hacia otro componente fundamental: los principios éticos que regulan la atención sanitaria. La dignidad, autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia proporcionan el marco desde el cual profesionales e instituciones deben orientar sus decisiones, aspecto que será desarrollado en el siguiente apartado.

1.6. Ética, dignidad, autonomía y respeto en la atención sanitaria

La atención sanitaria constituye una práctica científica y técnica, pero también profundamente ética. Cada decisión relacionada con el diagnóstico, tratamiento, prevención, rehabilitación o acompañamiento de una persona puede producir consecuencias sobre su cuerpo, bienestar, privacidad, relaciones y proyecto de vida. Por esta razón, la calidad del cuidado no puede evaluarse exclusivamente mediante resultados clínicos o indicadores de eficiencia; también requiere considerar la forma en que las intervenciones respetan los derechos, valores, preferencias y dignidad de quienes reciben atención.

Los sistemas sanitarios contemporáneos han avanzado hacia modelos en los que la persona deja de ser considerada únicamente receptora de procedimientos para convertirse en participante activa de las decisiones relacionadas con su salud. Esta transformación se encuentra estrechamente vinculada con el desarrollo de la bioética, los derechos humanos, la atención centrada en la persona y la seguridad del paciente. La Organización Mundial de la Salud sostiene que los servicios integrados y centrados en las personas deben responder a necesidades individuales y comunitarias, favorecer la participación y proporcionar atención coordinada, segura y respetuosa (World Health Organization [WHO], 2024).

Desde esta perspectiva, principios como dignidad, autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia continúan proporcionando referentes fundamentales para analizar la práctica sanitaria. Sin embargo, estos principios no deben entenderse como reglas aisladas capaces de resolver automáticamente cualquier situación. Las decisiones clínicas pueden generar tensiones entre valores legítimos, por lo que requieren deliberación, razonamiento profesional, consideración de la evidencia científica y reconocimiento de las circunstancias particulares de cada persona.

La ética del cuidado integral se expresa, por tanto, tanto en decisiones extraordinariamente complejas como en prácticas aparentemente cotidianas. Informar antes de realizar un procedimiento, preservar la intimidad, escuchar una negativa, proteger información confidencial, adaptar una explicación a las posibilidades de comprensión o evitar intervenciones innecesarias constituyen acciones mediante las cuales los principios éticos se convierten en prácticas concretas.

La ética como dimensión transversal del cuidado

La ética sanitaria estudia los principios, valores y responsabilidades que orientan las decisiones relacionadas con la salud y la atención de las personas. Su ámbito no se limita a situaciones excepcionales como decisiones al final de la vida, utilización de tecnologías complejas o distribución de recursos escasos. Está presente durante todo el proceso asistencial.

Toda interacción clínica incorpora una dimensión moral porque existe una persona cuyos intereses pueden verse afectados por las decisiones adoptadas.

Además, la relación sanitaria presenta una característica particular: existe una asimetría de conocimiento entre profesional y paciente. El profesional dispone de formación especializada y acceso a información que puede resultar difícil de interpretar para quien recibe atención.

Esta diferencia genera responsabilidad.

El conocimiento científico no debería utilizarse como fundamento para imponer decisiones de manera arbitraria, sino como herramienta para informar, orientar, prevenir daños y construir alternativas clínicamente justificadas.

La ética contemporánea intenta equilibrar precisamente la responsabilidad profesional con el reconocimiento de la persona como sujeto de derechos.

Dignidad humana como fundamento del cuidado

La dignidad representa uno de los principios fundamentales de la atención sanitaria.

Reconocerla significa aceptar que toda persona posee un valor inherente que no depende de su edad, condición física, capacidad cognitiva, productividad, nivel socioeconómico, diagnóstico o grado de dependencia.

La enfermedad puede modificar las capacidades de una persona, pero no disminuye su valor.

Este principio adquiere especial relevancia porque determinadas circunstancias sanitarias incrementan la vulnerabilidad. La hospitalización puede reducir temporalmente la privacidad y autonomía; una enfermedad grave puede generar dependencia; y determinados procedimientos requieren exposición corporal o acceso a información profundamente personal.

La dignidad debe protegerse precisamente en estos momentos.

La atención centrada en la persona ha situado el respeto por la dignidad entre los componentes esenciales de una experiencia asistencial adecuada. Estudios recientes sobre experiencias de pacientes destacan que sentirse reconocido, escuchado y tratado respetuosamente constituye una dimensión significativa de la calidad percibida del cuidado (Tikkanen et al., 2024).

Por ello, la dignidad no puede permanecer únicamente como principio abstracto.

Se expresa mediante acciones: dirigirse respetuosamente a la persona, explicar procedimientos antes de realizarlos, proteger su cuerpo de exposiciones innecesarias, evitar comentarios despectivos y reconocer sus preferencias.

Dignidad, dependencia y vulnerabilidad

La necesidad de asistencia puede incrementar el riesgo de despersonalización.

Cuando una persona depende de terceros para movilizarse, alimentarse, vestirse o realizar actividades de higiene, puede experimentar pérdida de privacidad y control.

La atención ética exige proporcionar ayuda sin transformar dependencia física en dependencia decisoria.

Una persona puede necesitar asistencia para caminar y conservar plenamente su capacidad para decidir sobre un procedimiento.

Esta diferenciación resulta especialmente importante en personas mayores, pacientes con discapacidad y personas con enfermedades crónicas.

La protección tampoco debe convertirse automáticamente en paternalismo.

Una práctica excesivamente protectora puede limitar innecesariamente las capacidades conservadas.

La finalidad debería consistir en proporcionar el apoyo necesario para que la persona mantenga el mayor nivel posible de autonomía y participación.

Autonomía como derecho y capacidad de participación

La autonomía reconoce el derecho de las personas a intervenir en las decisiones relacionadas con su salud.

Este principio ha sido fundamental para superar modelos paternalistas en los cuales el profesional asumía prácticamente toda la autoridad decisoria.

Respetar autonomía implica proporcionar información relevante, permitir preguntas, reconocer preferencias y evitar coerción.

Sin embargo, autonomía no significa que el profesional deba permanecer neutral frente a cualquier alternativa.

La responsabilidad clínica incluye formular recomendaciones fundamentadas.

Cuando existe una opción que, de acuerdo con la evidencia disponible, ofrece mayores beneficios o menores riesgos, el profesional puede explicarlo claramente sin convertir la recomendación en imposición.

La toma de decisiones compartida representa una de las principales estrategias para integrar autonomía y responsabilidad profesional. Montori et al. (2023) plantean que este proceso debe entenderse como una forma de cuidado colaborativo en la que la evidencia científica se integra con las circunstancias, valores y preferencias de la persona.

De esta manera, la autonomía no excluye el conocimiento profesional; establece las condiciones éticas bajo las cuales debe utilizarse.

Autonomía relacional y contexto de las decisiones

Las decisiones sanitarias no siempre se producen de manera completamente individual.

Las personas viven dentro de familias, comunidades y contextos culturales que pueden influir sobre aquello que consideran importante.

Por ello, la autonomía contemporánea puede comprenderse también desde una perspectiva relacional.

Una persona puede decidir voluntariamente consultar con familiares antes de aceptar una intervención o solicitar que determinados miembros de su familia participen en las conversaciones clínicas.

Esta decisión puede constituir una expresión de autonomía y no necesariamente una renuncia a ella.

El límite aparece cuando las preferencias familiares sustituyen o silencian la voluntad de una persona capaz de decidir.

La atención centrada en la persona requiere identificar quién desea participar y cuál es el papel que el propio paciente desea asignarle.

Por tanto, respetar autonomía también significa respetar la manera en que cada individuo desea ejercerla.

Capacidad para tomar decisiones

La posibilidad de ejercer autonomía está relacionada con la capacidad para comprender y valorar información relevante.

La capacidad decisoria no debe establecerse únicamente a partir de edad, diagnóstico o discapacidad.

Una persona mayor no es necesariamente incapaz; tampoco una discapacidad física implica dificultades para decidir.

La valoración debe ser individual y considerar la decisión específica que se encuentra en discusión.

Además, la capacidad puede variar con el tiempo.

Dolor intenso, alteraciones metabólicas, determinados medicamentos, deterioro cognitivo o estados clínicos críticos pueden afectar temporalmente la posibilidad de comprender o valorar información.

Cuando existen dificultades, la respuesta ética no debería consistir inmediatamente en excluir a la persona.

Primero deben explorarse apoyos que faciliten su participación: lenguaje más sencillo, mayor tiempo, recursos visuales, mecanismos alternativos de comunicación o participación de personas de confianza cuando corresponda.

El objetivo consiste en preservar el máximo nivel posible de participación.

Consentimiento informado como expresión de autonomía

El consentimiento informado constituye una de las principales manifestaciones prácticas de la autonomía.

Desde una perspectiva ética, no debe reducirse a la obtención de una firma.

Su núcleo está formado por cuatro condiciones esenciales: **información suficiente, comprensión, voluntariedad y capacidad para decidir**.

La persona necesita conocer la finalidad de la intervención, sus beneficios esperados, riesgos relevantes y alternativas razonables.

También debe disponer de oportunidades para formular preguntas.

La firma documenta determinados aspectos del proceso, pero no garantiza por sí misma que exista consentimiento informado.

Por ello, la calidad ética depende fundamentalmente de la comunicación.

Cuando cambian significativamente las circunstancias clínicas, puede ser necesario actualizar la información y reconsiderar determinadas decisiones.

El consentimiento debe comprenderse, por tanto, como un proceso y no únicamente como un acontecimiento administrativo.

Derecho a rechazar una intervención

El respeto por la autonomía incluye reconocer que una persona con capacidad suficiente puede rechazar determinadas intervenciones.

Ante una negativa, el profesional debe verificar que la decisión sea informada y explorar sus razones.

Una persona puede rechazar un tratamiento por temor, experiencias anteriores, posibles efectos adversos, valores personales o diferencias en la valoración de beneficios y cargas.

Comprender estas razones permite determinar si existen dificultades de comunicación que pueden resolverse.

Sin embargo, proporcionar información adicional no debe transformarse en presión.

Cuando la persona comprende adecuadamente las consecuencias y mantiene su decisión, el respeto por su autonomía adquiere una importancia fundamental dentro del marco ético y normativo correspondiente.

Beneficencia y búsqueda del bienestar

La beneficencia orienta la práctica profesional hacia la búsqueda del bienestar.

Los profesionales poseen la responsabilidad de utilizar conocimientos y competencias para ofrecer intervenciones que proporcionen beneficios clínicamente razonables.

Sin embargo, el concepto de beneficio no puede definirse únicamente desde parámetros biomédicos.

Una intervención puede mejorar determinados indicadores y producir, simultáneamente, efectos adversos o cargas que la persona considera difíciles de aceptar.

Por ello, la beneficencia debe relacionarse con los objetivos y circunstancias del paciente.

En una persona joven con una enfermedad potencialmente reversible, determinados tratamientos intensivos pueden ofrecer una relación beneficio-riesgo favorable. En otra persona con enfermedad avanzada, multimorbilidad y deterioro funcional significativo, los objetivos pueden orientarse prioritariamente hacia control sintomático y calidad de vida.

Esto demuestra que aquello que constituye una intervención beneficiosa depende también del contexto.

La beneficencia contemporánea no debería confundirse con paternalismo.

Buscar el bienestar de la persona requiere conocer qué resultados poseen significado para ella.

No maleficencia y prevención del daño

El principio de no maleficencia establece la responsabilidad de evitar daños innecesarios o desproporcionados.

Su aplicación se encuentra estrechamente relacionada con la seguridad del paciente.

Toda intervención puede generar riesgos. Incluso los tratamientos científicamente indicados pueden producir efectos adversos.

La obligación ética no consiste en eliminar absolutamente cualquier riesgo, algo que muchas veces resulta imposible, sino en evitar riesgos injustificados, disminuir aquellos que pueden prevenirse y garantizar una relación razonable entre beneficios y posibles daños.

El *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030* de la OMS establece como objetivo avanzar hacia la eliminación del daño evitable durante la atención sanitaria y fortalecer sistemas orientados al aprendizaje y la seguridad (WHO, 2021).

La prevención de errores de medicación, infecciones asociadas con la atención, caídas y procedimientos innecesarios constituye, por tanto, tanto una responsabilidad técnica como ética.

Proporcionalidad de las intervenciones

Beneficencia y no maleficencia convergen en el principio de proporcionalidad.

No toda intervención técnicamente disponible debe aplicarse automáticamente.

Una intervención resulta éticamente justificable cuando los beneficios esperados mantienen una relación razonable con sus riesgos, cargas y consecuencias.

Esta valoración adquiere especial relevancia en enfermedades avanzadas.

La capacidad tecnológica para mantener determinadas funciones biológicas ha aumentado considerablemente, pero posibilidad técnica y obligación terapéutica no son conceptos equivalentes.

Cuando una intervención ofrece probabilidades mínimas de alcanzar objetivos clínicamente significativos y genera cargas importantes, resulta necesario reconsiderar su proporcionalidad.

Estas decisiones requieren valoración individual y comunicación adecuada.

Justicia y equidad sanitaria

La justicia amplía la ética desde la relación individual hacia la organización y distribución de la atención.

Este principio exige evitar discriminaciones injustificadas y procurar que las personas tengan oportunidades razonables de acceder a servicios según sus necesidades.

La equidad resulta especialmente importante.

Igualdad y equidad no significan exactamente lo mismo.

Proporcionar exactamente los mismos recursos puede resultar insuficiente cuando existen necesidades o barreras diferentes.

La OMS ha reiterado que las condiciones sociales en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen generan diferencias importantes y evitables en los resultados de salud (WHO, 2025).

Desde una perspectiva ética, reconocer estas diferencias implica evitar atribuir todos los resultados exclusivamente a decisiones individuales.

Las oportunidades para cuidar la salud están condicionadas por factores sociales.

Determinantes sociales y justicia

Las condiciones económicas, educativas, laborales y territoriales pueden afectar profundamente el acceso al cuidado.

Una persona puede comprender un tratamiento y desear seguirlo, pero no disponer de recursos para adquirir medicamentos o desplazarse hacia un establecimiento sanitario.

Interpretar estas situaciones únicamente como falta de adherencia sería insuficiente.

La justicia sanitaria exige reconocer las barreras estructurales.

Los profesionales no siempre dispondrán de recursos para resolverlas, pero pueden identificarlas, documentarlas y coordinar mecanismos de apoyo cuando existan.

El *World report on social determinants of health equity* enfatiza que las inequidades sanitarias están relacionadas con desigualdades estructurales y requieren respuestas que trasciendan el ámbito estrictamente clínico (WHO, 2025).

La ética del cuidado posee, por tanto, una dimensión social.

Respeto como manifestación cotidiana de los principios éticos

El respeto constituye una de las expresiones más visibles de la ética durante la atención.

Respetar significa reconocer a la persona como interlocutora válida, escuchar sus preocupaciones y evitar conductas humillantes o discriminatorias.

El respeto debe mantenerse incluso durante el desacuerdo.

Un paciente puede expresar una opinión diferente a la recomendación profesional.

El profesional puede explicar claramente por qué considera una determinada alternativa más apropiada sin descalificar a la persona.

La diferencia entre desacuerdo y falta de respeto resulta fundamental.

La relación terapéutica necesita permitir la deliberación sin transformar la autoridad científica en autoridad sobre la totalidad de las decisiones personales.

Privacidad, intimidad y confidencialidad

La privacidad y la confidencialidad constituyen componentes esenciales del respeto por la dignidad.

La privacidad protege el espacio personal y corporal de la persona. Durante exploraciones o procedimientos, esto implica limitar la exposición a aquello estrictamente necesario, explicar previamente las acciones y adoptar medidas para proteger la intimidad.

La confidencialidad, en cambio, se relaciona con la protección de la información obtenida durante la atención.

Los pacientes comunican antecedentes, síntomas y circunstancias personales bajo la expectativa de que estos datos serán utilizados responsablemente.

La protección de la información favorece confianza y permite que la persona comunique aspectos relevantes sin temor a divulgaciones injustificadas.

La digitalización ha aumentado la importancia de esta responsabilidad.

Historias clínicas electrónicas, plataformas de telemedicina y sistemas interoperables facilitan continuidad, pero también amplían los escenarios en los que puede producirse acceso indebido a datos.

La ética de la información sanitaria requiere equilibrar disponibilidad clínica y protección de privacidad.

Veracidad y comunicación ética

La autonomía requiere acceso a información verdadera.

Los profesionales tienen la responsabilidad de comunicar de manera honesta aquello que conocen acerca del diagnóstico, tratamiento y pronóstico, respetando las características y preferencias informativas de la persona.

La veracidad no significa comunicar información compleja de manera abrupta.

La forma también importa.

Cuando existe incertidumbre, debe reconocerse.

La práctica clínica trabaja frecuentemente con probabilidades y no con certezas absolutas. Presentar una estimación como una garantía puede generar expectativas equivocadas.

Reconocer aquello que se conoce, aquello que es probable y aquello que permanece incierto constituye una forma de honestidad profesional.

Información difícil desde una perspectiva ética

La comunicación de diagnósticos graves o pronósticos desfavorables pone en relación diferentes principios.

La autonomía exige información suficiente; la beneficencia orienta hacia el bienestar; y la no maleficencia recuerda la necesidad de evitar daños innecesarios.

Estos principios no justifican ocultar sistemáticamente información.

Exigen encontrar una forma apropiada de comunicarla.

La persona debe disponer de oportunidades para comprender y formular preguntas. Cuando lo desea, puede solicitar la participación de familiares o personas de confianza.

La finalidad ética consiste en combinar veracidad con sensibilidad, evitando tanto el ocultamiento injustificado como una comunicación despersonalizada.

Decisiones al final de la vida

Las decisiones relacionadas con el final de la vida constituyen uno de los escenarios donde los principios éticos pueden entrar con mayor claridad en tensión.

El avance de la tecnología permite realizar intervenciones capaces de prolongar determinadas funciones fisiológicas. Sin embargo, prolongar funciones biológicas no siempre equivale a mejorar la vida de la persona.

En estas situaciones, resulta necesario analizar objetivos terapéuticos, beneficios, riesgos, cargas y preferencias.

La atención paliativa adquiere especial relevancia porque mantiene el cuidado incluso cuando la curación deja de constituir un objetivo alcanzable.

La OMS define los cuidados paliativos como un enfoque orientado a mejorar la calidad de vida de pacientes y familias que enfrentan problemas asociados con enfermedades potencialmente mortales mediante la prevención y alivio del sufrimiento (WHO, 2020).

La evidencia sobre cuidados paliativos integrados también muestra beneficios potenciales sobre calidad de vida y determinados resultados psicológicos, aunque estos efectos pueden variar según población y modelo asistencial (Xu et al., 2022).

Obstinación terapéutica y proporcionalidad

La obstinación terapéutica puede aparecer cuando se mantienen o intensifican intervenciones que ofrecen beneficios clínicos muy limitados frente a cargas considerables.

Evitarla no significa abandonar al paciente.

Representa precisamente una reconsideración de los objetivos del cuidado.

Cuando una intervención deja de proporcionar beneficios proporcionales, pueden mantenerse otras medidas orientadas al alivio del sufrimiento, comodidad, comunicación y acompañamiento.

Las decisiones requieren evaluación individual.

No existe un criterio único aplicable automáticamente a todas las personas.

El diagnóstico, pronóstico, preferencias, respuesta al tratamiento y objetivos personales deben formar parte del análisis.

En escenarios particularmente complejos, la deliberación interdisciplinaria puede proporcionar perspectivas complementarias.

Vulnerabilidad y protección ética

La vulnerabilidad puede aumentar debido a enfermedad grave, dependencia, discapacidad, dificultades comunicativas o condiciones sociales.

Las personas en estas circunstancias pueden necesitar mayor protección.

Sin embargo, protección y paternalismo no son equivalentes.

Proteger éticamente significa proporcionar apoyos proporcionales sin eliminar innecesariamente la capacidad de participación.

Una persona con dificultades auditivas puede necesitar adaptación comunicativa; una persona con limitaciones cognitivas puede requerir información simplificada; alguien con dificultades de expresión puede necesitar mecanismos alternativos.

Antes de sustituir una decisión, deben explorarse posibilidades razonables para apoyar a la persona.

Este enfoque permite mantener dignidad y autonomía incluso en contextos de vulnerabilidad.

Discapacidad desde una perspectiva de derechos

La discapacidad no debería utilizarse automáticamente como indicador de incapacidad.

Las personas con discapacidades físicas, sensoriales o intelectuales presentan necesidades diversas y requieren valoraciones individualizadas.

Los servicios sanitarios deben procurar ajustes razonables que permitan acceso, comunicación y participación.

Dirigirse exclusivamente al acompañante cuando la persona puede comunicarse constituye una práctica que puede disminuir su autonomía.

La atención ética requiere dirigirse prioritariamente a la persona y determinar qué apoyos necesita.

Esta perspectiva desplaza el enfoque desde las limitaciones individuales hacia las condiciones necesarias para facilitar participación.

Alfabetización en salud y autonomía efectiva

El derecho a recibir información pierde gran parte de su significado cuando esta no puede comprenderse.

Por ello, la alfabetización en salud posee implicaciones éticas.

Utilizar terminología excesivamente técnica puede limitar la participación incluso cuando formalmente se ha proporcionado información.

Una comunicación ética requiere adaptar el lenguaje, utilizar ejemplos cuando resulten útiles y verificar comprensión.

No debería asumirse que el silencio significa que la persona ha entendido.

La autonomía efectiva requiere una oportunidad real para comprender.

Esto resulta especialmente importante en decisiones que incorporan riesgos significativos o múltiples alternativas.

Conflictos entre principios y valores

Los principios éticos pueden entrar en tensión.

La autonomía puede entrar en conflicto con aquello que el profesional considera beneficioso; la confidencialidad puede encontrar límites ante determinados riesgos; y las necesidades individuales pueden competir con recursos limitados.

No existe una fórmula matemática que resuelva automáticamente estos conflictos.

La deliberación ética permite analizar hechos, valores, consecuencias y alternativas.

El objetivo consiste en identificar una decisión que pueda justificarse mediante razones clínicas y éticas transparentes.

Cuando la complejidad lo requiere, los comités de ética asistencial pueden proporcionar apoyo para analizar situaciones difíciles.

Su función no consiste necesariamente en sustituir la decisión clínica, sino en facilitar una deliberación estructurada.

Responsabilidad ética del equipo interdisciplinario

La responsabilidad ética no pertenece exclusivamente a una profesión.

Médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas y otros profesionales pueden identificar aspectos diferentes de una misma situación.

El trabajo interdisciplinario permite ampliar la deliberación.

El personal de enfermería, por ejemplo, debido al contacto continuo con el paciente, puede identificar preocupaciones o preferencias que no han aparecido durante otros encuentros.

Los profesionales del trabajo social pueden aportar información sobre condiciones familiares y recursos.

La integración de estas perspectivas puede mejorar la comprensión del problema.

Sin embargo, la interdisciplinariedad no debe desplazar la voz del paciente.

Su perspectiva continúa siendo fundamental.

Ética institucional

Las organizaciones sanitarias poseen responsabilidades éticas propias.

No resulta suficiente exigir conductas respetuosas y seguras a los profesionales cuando las condiciones institucionales dificultan sistemáticamente su desarrollo.

La falta de privacidad, fragmentación de servicios, escasez de determinados recursos y cargas asistenciales excesivas pueden generar situaciones éticamente problemáticas.

Las instituciones deben diseñar procesos coherentes con los valores que declaran.

Esto incluye políticas de seguridad, protección de información, mecanismos para comunicar eventos adversos y procedimientos para gestionar conflictos.

Janerka et al. (2023) muestran que la implementación sostenible de modelos centrados en la persona depende no solamente de las competencias individuales, sino también de condiciones organizacionales.

La ética del cuidado posee, por tanto, una dimensión sistémica.

Ética y seguridad del paciente

La seguridad constituye una expresión práctica de la no maleficencia.

Los sistemas sanitarios deben desarrollar mecanismos capaces de identificar riesgos, aprender de incidentes y reducir daños evitables.

El enfoque contemporáneo de seguridad reconoce que muchos eventos adversos no pueden explicarse exclusivamente por el comportamiento de una persona.

Factores relacionados con comunicación, organización, carga laboral, tecnología y diseño de procesos pueden contribuir a los errores (WHO, 2021).

Esta perspectiva posee implicaciones éticas.

Una cultura exclusivamente punitiva puede dificultar la comunicación de incidentes y limitar el aprendizaje.

En cambio, una cultura de seguridad busca analizar causas y establecer mejoras, sin eliminar la responsabilidad cuando existe una conducta claramente negligente o deliberadamente insegura.

Ética de las tecnologías sanitarias y la inteligencia artificial

La incorporación de tecnologías digitales e inteligencia artificial plantea nuevos desafíos éticos relacionados con privacidad, transparencia, sesgos, responsabilidad y equidad.

La OMS ha señalado que la inteligencia artificial aplicada a la salud debe situar la ética y los derechos humanos en el centro de su diseño, implementación y utilización (WHO, 2021).

Los sistemas algorítmicos pueden apoyar determinadas decisiones, pero no deberían eliminar la responsabilidad profesional.

Una recomendación automatizada necesita ser interpretada dentro del contexto clínico.

Además, los algoritmos pueden reproducir sesgos existentes en los datos con los que fueron desarrollados, generando resultados desiguales entre poblaciones.

Por ello, la supervisión humana, evaluación de desempeño, protección de datos y análisis de posibles desigualdades constituyen principios esenciales.

La innovación tecnológica debería fortalecer el cuidado y no convertir a la persona únicamente en una fuente de datos.

Respeto por las preferencias y límites de la elección

Respetar las preferencias no significa que los profesionales estén obligados a proporcionar cualquier intervención solicitada.

Puede ocurrir que una persona solicite un tratamiento sin suficiente evidencia o con riesgos desproporcionados.

La respuesta ética consiste en explicar las razones por las que no se considera apropiado y ofrecer alternativas cuando existan.

De igual manera, el hecho de que una intervención sea eficaz en promedio no significa que deba aplicarse automáticamente a todos los pacientes.

La evidencia necesita interpretarse dentro del contexto individual.

Este equilibrio entre conocimiento científico y preferencias constituye uno de los componentes centrales del cuidado ético y centrado en la persona.

Ética de la incertidumbre clínica

La incertidumbre forma parte inevitable de la práctica sanitaria.

No todos los diagnósticos pueden establecerse inmediatamente ni todos los tratamientos permiten anticipar con certeza los resultados.

Reconocer esta realidad posee importancia ética.

El profesional debe evitar presentar probabilidades como certezas.

Explicar qué se conoce, qué permanece incierto y cuáles son las alternativas disponibles permite que la persona participe de manera más informada.

La honestidad respecto de los límites del conocimiento no representa debilidad profesional.

Constituye una expresión de responsabilidad científica.

Formación ética y deliberación profesional

La competencia ética requiere formación sistemática.

Memorizar principios no garantiza capacidad para aplicarlos en situaciones complejas.

Los profesionales necesitan desarrollar habilidades para identificar problemas éticos, reconocer valores en conflicto, analizar alternativas y justificar decisiones.

El análisis de casos clínicos, la simulación y la deliberación interdisciplinaria pueden favorecer estas competencias.

Además, la formación ética necesita mantenerse durante toda la vida profesional.

Los cambios tecnológicos, sociales y científicos generan problemas que requieren actualización constante.

La inteligencia artificial, la medicina personalizada, la utilización masiva de datos y la telemedicina constituyen ejemplos de escenarios que amplían las preguntas tradicionales de la bioética.

Condiciones laborales y responsabilidad ética

La calidad ética del cuidado también puede verse influida por las condiciones en las que trabajan los profesionales.

Fatiga, sobrecarga asistencial y falta de recursos pueden aumentar riesgos y reducir el tiempo disponible para comunicación.

Reconocer esta realidad no elimina la responsabilidad individual.

Permite comprender que determinados problemas requieren respuestas organizacionales.

Cuando un sistema exige atención centrada en la persona pero establece condiciones incompatibles con una comunicación adecuada, aparece una contradicción que debe ser abordada institucionalmente.

La responsabilidad ética es compartida entre profesionales y organizaciones.

De los principios a la práctica cotidiana

El verdadero valor de los principios éticos aparece cuando se transforman en comportamientos concretos.

Respetar autonomía significa informar y permitir participación.

Preservar dignidad significa proteger intimidad y evitar trato despersonalizado.

Aplicar beneficencia implica buscar resultados clínicamente valiosos y significativos para la persona.

Practicar no maleficencia requiere identificar y disminuir riesgos.

Promover justicia significa reconocer necesidades diferentes y evitar discriminación.

Proteger confidencialidad supone utilizar responsablemente la información.

Estas acciones ocurren diariamente.

La ética está presente cuando un profesional explica antes de tocar, verifica que una persona comprendió una indicación, escucha una negativa o reconoce que existen límites en el conocimiento disponible.

Por ello, la ética no debería concebirse exclusivamente como respuesta frente a dilemas excepcionales.

Constituye una dimensión permanente del cuidado.

Síntesis integradora

La ética, dignidad, autonomía y respeto constituyen fundamentos esenciales de una atención sanitaria integral y centrada en la persona. Su importancia radica en que permiten orientar la aplicación del conocimiento científico dentro de un marco que reconoce derechos, valores, preferencias y circunstancias individuales.

La dignidad establece que el valor de la persona permanece independientemente de enfermedad, dependencia o discapacidad. La autonomía reconoce su derecho a participar en decisiones y exige proporcionar condiciones reales de comprensión y voluntariedad. La beneficencia orienta hacia el bienestar, mientras la no maleficencia exige evitar riesgos y daños desproporcionados. La justicia amplía la responsabilidad hacia la equidad y el reconocimiento de las condiciones sociales que determinan oportunidades diferentes para acceder y beneficiarse del cuidado.

Estos principios no funcionan de manera aislada. Las situaciones clínicas pueden generar tensiones entre autonomía, seguridad, beneficio, confidencialidad y disponibilidad de recursos. Por ello, la ética contemporánea requiere deliberación y no únicamente aplicación mecánica de reglas.

La incorporación de tecnologías digitales e inteligencia artificial amplía estos desafíos al introducir cuestiones relacionadas con privacidad, transparencia, sesgos y responsabilidad. Sin embargo, los principios fundamentales permanecen: las innovaciones deben utilizarse para fortalecer una atención segura y equitativa y no para disminuir la autonomía o convertir la complejidad humana en decisiones exclusivamente automatizadas.

En consecuencia, una atención éticamente responsable no se limita al cumplimiento formal de normas. Requiere reconocer a cada paciente como sujeto de derechos, proporcionar información comprensible, respetar decisiones, proteger privacidad, prevenir daños y considerar las condiciones que pueden generar desigualdad.

El cuidado integral alcanza así una dimensión que trasciende la intervención técnica. La excelencia sanitaria depende tanto de **qué se hace** como de **por qué se hace, cómo se hace y de qué manera se preservan la dignidad y los derechos de la persona durante todo el proceso**.

La integración de estos principios completa los fundamentos conceptuales del cuidado desarrollados en este capítulo: la evolución histórica del cuidado, su carácter integral, la atención centrada en la persona, sus dimensiones física, psicológica, social y emocional, la relación terapéutica y, finalmente, los fundamentos éticos que orientan cada una de estas dimensiones. En conjunto, estos elementos proporcionan la base necesaria para avanzar hacia el análisis de los modelos, estrategias y prácticas mediante los cuales el cuidado integral puede concretarse dentro de los sistemas contemporáneos de salud.

1.7. Desafíos actuales para una atención verdaderamente integral

La construcción de una atención verdaderamente integral constituye uno de los principales retos de los sistemas de salud contemporáneos. Aunque existe un amplio consenso sobre la necesidad de avanzar hacia modelos centrados en las personas, coordinados, seguros, equitativos y humanizados, la implementación efectiva de estos principios continúa enfrentando obstáculos estructurales, profesionales, tecnológicos y sociales. La integralidad no depende únicamente de disponer de más servicios, sino de la capacidad para articularlos de manera coherente alrededor de las necesidades de individuos, familias y comunidades.

La Organización Mundial de la Salud ha insistido en la necesidad de superar sistemas fragmentados y avanzar hacia modelos integrados y centrados en las personas, capaces de ofrecer continuidad, coordinación e integralidad a lo largo del curso de vida (World Health Organization [WHO], 2024). Este desafío adquiere especial relevancia ante fenómenos como el envejecimiento poblacional, el incremento de enfermedades crónicas, la multimorbilidad, las desigualdades sociales, la transformación digital y la creciente complejidad de los procesos asistenciales.

La integralidad, por tanto, debe comprenderse como un proceso de transformación sistémica y no como un atributo aislado de una consulta o de un profesional. Requiere modificar modelos organizacionales, fortalecer la atención primaria, mejorar la comunicación entre niveles, garantizar continuidad y crear condiciones que permitan a los trabajadores sanitarios responder de manera efectiva y humanizada.

Fragmentación y continuidad del cuidado

La fragmentación continúa siendo uno de los principales obstáculos para la atención integral. Los sistemas sanitarios modernos han desarrollado altos niveles de especialización que permiten atender con precisión problemas clínicos específicos. Sin embargo, cuando las diferentes especialidades funcionan sin suficiente coordinación, el paciente puede recibir una atención técnicamente correcta en cada servicio y, al mismo tiempo, experimentar una trayectoria asistencial fragmentada.

Una persona con varias enfermedades puede ser atendida simultáneamente por distintos especialistas, realizarse estudios en diferentes instituciones y utilizar múltiples tratamientos. Cuando no existe un mecanismo de integración, pueden aparecer duplicaciones, indicaciones contradictorias, dificultades para conciliar medicamentos y problemas para determinar quién mantiene la responsabilidad global del seguimiento.

La continuidad constituye, por ello, una condición indispensable de la integralidad. No significa únicamente que el paciente pueda regresar al sistema, sino que exista coherencia entre las diferentes etapas de su atención.

La OMS incluye continuidad, coordinación, integralidad y atención centrada en las personas entre las características fundamentales de una atención primaria sólida (WHO, 2024). Esta orientación adquiere especial relevancia en personas con enfermedades crónicas, multimorbilidad o dependencia prolongada.

Rajan et al. (2024) destacan que los sistemas orientados hacia la atención primaria deben ser capaces de integrar diferentes necesidades y coordinar servicios a lo largo del tiempo. El

desafío actual no consiste en eliminar la especialización, sino en garantizar que las múltiples intervenciones formen parte de un plan común.

Multimorbilidad y complejidad creciente

La multimorbilidad representa uno de los escenarios donde las limitaciones de los modelos fragmentados se hacen más evidentes.

Numerosas guías clínicas han sido diseñadas alrededor de enfermedades individuales. Sin embargo, una persona puede presentar simultáneamente varias condiciones crónicas y recibir recomendaciones distintas para cada una.

La aplicación independiente de todas estas recomendaciones puede generar planes excesivamente complejos, polifarmacia, cargas terapéuticas elevadas e incluso objetivos incompatibles.

La atención integral exige priorizar.

No todas las enfermedades poseen el mismo impacto ni todos los objetivos clínicos tienen igual significado para la persona. En determinados casos, mantener funcionalidad o disminuir efectos adversos puede ser más relevante que alcanzar un control máximo de cada indicador biomédico.

La multimorbilidad también exige decisiones compartidas. El profesional necesita considerar riesgos y beneficios acumulativos, mientras que el paciente aporta información sobre qué tratamientos puede incorporar de manera realista a su vida.

Esta complejidad convierte la coordinación en una necesidad clínica y no solamente administrativa.

Envejecimiento y cuidados de larga duración

El envejecimiento poblacional incrementa la necesidad de sistemas capaces de proporcionar atención prolongada, rehabilitación y apoyo funcional.

Sin embargo, envejecer no significa necesariamente perder independencia.

Las personas mayores constituyen un grupo heterogéneo y necesitan evaluaciones individualizadas.

El desafío consiste en evitar tanto el abandono de necesidades específicas como la sobreprotección.

Una atención integral debe valorar funcionalidad, cognición, condiciones sociales, apoyo familiar y objetivos personales.

En determinados pacientes, los resultados relevantes pueden estar relacionados con preservar autonomía, prevenir caídas, mantener movilidad o reducir cargas derivadas de tratamientos complejos.

La coordinación con servicios sociales adquiere particular importancia cuando existen necesidades que no pueden resolverse exclusivamente mediante intervenciones clínicas.

Una persona puede estar médicamente estable y continuar requiriendo apoyo domiciliario para desarrollar actividades cotidianas.

Por ello, la integralidad debe extenderse más allá de los límites tradicionales del establecimiento sanitario.

Transiciones asistenciales como puntos de riesgo

Los cambios entre servicios representan momentos especialmente vulnerables.

El paso desde hospitalización hacia domicilio, desde atención especializada hacia atención primaria o desde una institución hacia rehabilitación puede producir discontinuidades.

Durante estas transiciones pueden modificarse medicamentos, indicaciones y responsabilidades.

Cuando la información no se transmite de manera adecuada, aumentan los riesgos.

Las transiciones seguras necesitan mecanismos estandarizados de comunicación y, al mismo tiempo, adaptación a las necesidades individuales.

El paciente debe conocer qué debe hacer, qué señales de alarma requieren atención y quién será responsable del seguimiento.

La continuidad del cuidado no puede descansar exclusivamente sobre la capacidad del paciente para transmitir información entre profesionales.

Los sistemas deben asumir esa responsabilidad.

Fortalecimiento de la atención primaria

Una atención integral requiere una atención primaria capaz de desempeñar funciones de primer contacto, prevención, seguimiento y coordinación.

Sin embargo, numerosos sistemas continúan organizados predominantemente alrededor del hospital y la atención especializada.

Cuando la atención primaria posee limitada capacidad resolutiva, los pacientes pueden recurrir repetidamente a servicios de urgencias o especialistas para problemas que necesitan seguimiento longitudinal.

Fortalecerla no significa únicamente ampliar infraestructura.

También requiere recursos humanos suficientes, acceso a información clínica, capacidad diagnóstica, continuidad profesional y mecanismos de coordinación.

Rajan et al. (2024) señalan que la implementación efectiva del enfoque de atención primaria necesita transformaciones relacionadas con gobernanza, financiamiento, modelos asistenciales y participación comunitaria.

La integralidad depende, por tanto, de una arquitectura sanitaria capaz de mantener una visión longitudinal de las necesidades.

Barreras de acceso y equidad

Otro desafío central corresponde a las desigualdades en las posibilidades reales de recibir atención.

La existencia formal de servicios no garantiza un acceso efectivo.

Las condiciones económicas, geográficas, educativas, culturales y laborales pueden influir significativamente sobre la utilización de los servicios.

La OMS ha reafirmado que las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen generan diferencias importantes y evitables en salud (WHO, 2025).

Estas desigualdades obligan a incorporar la equidad dentro de la planificación asistencial.

Una persona puede recibir una indicación técnicamente correcta y carecer de recursos para ejecutarla.

El problema no debería interpretarse automáticamente como incumplimiento individual.

La integralidad requiere comprender las barreras que rodean al tratamiento.

Barreras económicas

Los costos directos e indirectos pueden limitar el acceso y la continuidad.

Medicamentos, transporte, rehabilitación, dispositivos o pérdida de ingresos pueden convertirse en obstáculos.

Incluso cuando existe cobertura formal, estos gastos pueden afectar la posibilidad de mantener un plan terapéutico.

Una atención integral necesita explorar la viabilidad económica de las indicaciones cuando este factor resulta relevante.

Esto no significa que los profesionales tengan capacidad para resolver todas las dificultades financieras.

Significa reconocerlas y evitar diseñar planes desvinculados de la realidad.

La equidad requiere considerar que las posibilidades de seguir una recomendación no son iguales para todas las personas.

Barreras geográficas y territoriales

La distribución desigual de servicios también limita la integralidad.

Las personas que viven en áreas rurales o alejadas pueden necesitar desplazarse grandes distancias para recibir atención especializada.

Esto aumenta costos y dificulta el seguimiento frecuente.

Las tecnologías de telesalud pueden disminuir algunas de estas barreras, pero no sustituyen completamente la presencia territorial de servicios.

Además, su utilización depende de conectividad y alfabetización digital.

Por ello, las estrategias deben combinar modalidades presenciales y remotas de acuerdo con las necesidades.

Alfabetización en salud y comprensión

La creciente complejidad de la atención exige que los pacientes comprendan información sobre medicamentos, citas, procedimientos y autocuidado.

Cuando la comunicación es excesivamente técnica, puede producirse una barrera importante.

La responsabilidad no debe atribuirse únicamente al individuo.

Los sistemas sanitarios necesitan desarrollar información comprensible.

Una persona que no entiende adecuadamente su tratamiento tiene menores posibilidades de participar en decisiones y mantener continuidad.

Por ello, adaptar el lenguaje y verificar comprensión constituyen acciones relevantes para disminuir desigualdades en el acceso efectivo a la información.

Diversidad cultural y lingüística

La diversidad cultural constituye otro desafío.

Las interpretaciones sobre enfermedad, tratamiento, familia y muerte pueden variar entre personas y comunidades.

La atención integral necesita reconocer estas diferencias sin convertirlas en estereotipos.

La pertenencia cultural puede aportar información contextual, pero no permite asumir automáticamente preferencias individuales.

Las barreras lingüísticas representan una dificultad particular porque pueden afectar anamnesis, consentimiento y seguimiento.

Cuando sea posible, los sistemas deberían disponer de mecanismos que faciliten comunicación adecuada.

La pertinencia cultural forma parte de una atención equitativa.

Integración de la salud mental

La separación entre salud física y mental continúa siendo una fuente de fragmentación.

Las enfermedades crónicas pueden afectar significativamente el bienestar psicológico, mientras que las condiciones de salud mental pueden modificar autocuidado, adherencia y utilización de servicios.

La atención integral requiere que ambos componentes puedan reconocerse dentro de un mismo proceso.

Esto no significa que todos los profesionales deban asumir funciones especializadas en salud mental.

Necesitan, sin embargo, capacidades básicas para identificar señales de riesgo y mecanismos claros de derivación y coordinación.

Esta integración resulta especialmente importante en pacientes con enfermedades crónicas, discapacidad, dolor persistente o condiciones avanzadas.

Persistencia de enfoques excesivamente biomédicos

El modelo biomédico continúa siendo indispensable para comprender enfermedad y desarrollar tratamientos.

El problema surge cuando se utiliza como única perspectiva.

Los indicadores clínicos pueden recibir prioridad absoluta mientras aspectos funcionales, psicológicos o sociales permanecen relegados.

Una atención integral no debe sustituir el enfoque biomédico, sino ampliarlo.

La evidencia científica sobre mecanismos fisiológicos continúa siendo fundamental.

Sin embargo, necesita combinarse con conocimiento sobre la experiencia y contexto de la persona.

Este equilibrio constituye uno de los principales desafíos de la práctica contemporánea.

Implementación real de la atención centrada en la persona

Otro problema consiste en la distancia entre el discurso y la práctica.

Numerosas instituciones incorporan la expresión "atención centrada en la persona" dentro de sus políticas, pero esto no garantiza que los pacientes experimenten realmente participación, escucha y continuidad.

Janerka et al. (2023) encontraron que la implementación de intervenciones centradas en el paciente está condicionada por factores profesionales, organizacionales y relacionados con los propios usuarios.

Por ello, la transformación no puede depender exclusivamente de capacitaciones individuales.

Una institución necesita revisar tiempos, procesos, indicadores y sistemas de información.

Una consulta extremadamente breve puede dificultar la exploración de prioridades.

Un sistema fragmentado puede impedir continuidad incluso cuando el profesional mantiene una actitud centrada en la persona.

La integralidad requiere coherencia entre discurso institucional y condiciones reales de atención.

Recursos humanos y sostenibilidad del cuidado

Las condiciones de trabajo representan uno de los principales determinantes de la posibilidad de proporcionar atención integral.

Escuchar, evaluar, educar y coordinar requieren tiempo.

Cuando existe déficit de personal o una carga asistencial excesiva, estas actividades pueden reducirse.

La continuidad también puede deteriorarse ante rotaciones frecuentes.

Una persona atendida constantemente por profesionales distintos puede experimentar dificultades para construir confianza y mantener objetivos longitudinales.

La escasez de recursos humanos, por tanto, no es solamente un problema administrativo.

Puede convertirse en un obstáculo para la calidad, seguridad y humanización.

Agotamiento profesional y calidad asistencial

El agotamiento profesional debe analizarse también como un desafío sistémico.

El contacto permanente con sufrimiento, presión asistencial, falta de recursos y largas jornadas puede producir desgaste.

La literatura reciente ha encontrado asociaciones entre agotamiento profesional y diferentes dimensiones de calidad y seguridad, lo que ha aumentado el interés por abordar el bienestar del personal como parte de las estrategias de mejora sanitaria (Hodkinson et al., 2022).

Sin embargo, responder únicamente mediante programas individuales de autocuidado resulta insuficiente cuando las causas principales son organizacionales.

La gestión de cargas, la disponibilidad de equipos adecuados, el liderazgo y el apoyo institucional forman parte de la respuesta.

Un sistema que pretende cuidar integralmente a los pacientes también necesita crear condiciones sostenibles para quienes proporcionan el cuidado.

Comunicación y trabajo interdisciplinario

La atención de necesidades complejas requiere equipos interdisciplinarios.

Sin embargo, reunir diferentes profesionales no garantiza automáticamente integración.

Cada disciplina puede utilizar lenguajes, prioridades y herramientas distintas.

Cuando no existe suficiente comunicación, los planes pueden desarrollarse de forma paralela.

El desafío consiste en construir objetivos compartidos.

Las reuniones clínicas, registros interoperables y mecanismos claros de responsabilidad pueden favorecer esta coordinación.

La interdisciplinariedad resulta efectiva cuando la persona recibe un plan coherente y no una suma de recomendaciones independientes.

Jerarquías y seguridad

Las estructuras excesivamente jerárquicas pueden dificultar la comunicación dentro de los equipos.

Cuando determinados profesionales temen cuestionar una decisión o comunicar una preocupación, pueden perderse oportunidades para prevenir daños.

La seguridad contemporánea reconoce que la comunicación y la cultura organizacional influyen significativamente sobre los incidentes asistenciales (WHO, 2021).

Por ello, la integralidad requiere una cultura en la que diferentes integrantes puedan aportar información dentro de sus competencias.

Esto no elimina responsabilidades jerárquicas.

Busca evitar que la jerarquía se convierta en una barrera para la colaboración.

Participación del paciente como desafío organizacional

Aunque la participación es ampliamente reconocida como principio, no siempre existen condiciones para desarrollarla.

Las decisiones pueden presentarse como conclusiones definitivas y no como procesos abiertos al diálogo.

La toma de decisiones compartida representa una estrategia útil cuando existen diferentes alternativas razonables (Montori et al., 2023).

Sin embargo, su aplicación necesita tiempo y comunicación.

Además, no todos los pacientes desean idéntico nivel de participación.

El sistema debe permitir diferentes formas de involucramiento.

La participación real significa ofrecer oportunidades para que la persona intervenga de acuerdo con sus preferencias, sin obligarla a asumir responsabilidades para las que no se siente preparada.

Integración de familiares y cuidadores

Las familias pueden aportar apoyo y continuidad, especialmente ante dependencia.

Sin embargo, incorporarlas de manera efectiva requiere considerar límites.

No todas las personas desean que familiares participen en decisiones.

Tampoco todos los cuidadores poseen capacidad para asumir actividades complejas.

La integralidad exige evaluar su participación de forma realista.

El sistema no debería trasladar automáticamente al hogar responsabilidades que requieren conocimientos o recursos que la familia no posee.

Cuando se espera que un cuidador realice determinadas acciones, necesita recibir educación suficiente y conocer los mecanismos de apoyo disponibles.

Determinantes sociales y capacidad de respuesta

Existe creciente interés por detectar necesidades sociales dentro de los servicios.

Sin embargo, identificar una necesidad no garantiza que exista capacidad para responder.

Anderst et al. (2022) mostraron que existe una considerable heterogeneidad en los instrumentos utilizados para detectar necesidades sociales en atención sanitaria.

El desafío consiste en conectar el cribado con acciones.

Preguntar por inseguridad alimentaria o dificultades de transporte sin disponer de mecanismos de derivación puede producir una atención incompleta.

La integración requiere redes entre servicios sanitarios, sociales y comunitarios.

Transformación digital y riesgo de nuevas formas de fragmentación

La digitalización ofrece oportunidades importantes para integrar información y ampliar acceso.

Sin embargo, también puede crear nuevos problemas.

La utilización de múltiples plataformas no interoperables puede fragmentar todavía más los datos.

Una historia clínica electrónica tiene valor cuando permite acceder a información pertinente en el momento adecuado.

Cuando cada institución utiliza sistemas incapaces de comunicarse, la información continúa fragmentada.

La transformación digital debe, por tanto, orientarse hacia interoperabilidad.

No basta con sustituir documentos en papel por archivos electrónicos.

Digitalizar un proceso desorganizado puede simplemente reproducir sus problemas en otro formato.

Brecha digital y equidad

La tecnología también puede generar exclusión.

El acceso a dispositivos, conectividad y competencias digitales no está distribuido de manera uniforme.

Por ello, reemplazar completamente determinadas modalidades por servicios digitales puede aumentar desigualdades.

La revisión de Benda et al. (2023) sobre equidad digital en salud enfatiza que el acceso significativo a tecnologías depende no solamente de disponer de conexión, sino también de factores relacionados con alfabetización, diseño y capacidades de uso.

La integralidad necesita mantener alternativas.

Una intervención digital debe evaluarse no solamente por su innovación, sino por quién puede utilizarla y quién podría quedar excluido.

Inteligencia artificial y responsabilidad

La inteligencia artificial está comenzando a modificar diferentes procesos sanitarios.

Puede apoyar clasificación, predicción, diagnóstico y gestión de información.

Sin embargo, también plantea desafíos relacionados con sesgos, transparencia y responsabilidad.

La OMS ha establecido que la inteligencia artificial aplicada a la salud debe desarrollarse y utilizarse respetando principios de ética, derechos humanos, transparencia, responsabilidad y equidad (WHO, 2021).

Un algoritmo no sustituye el juicio profesional.

Las recomendaciones necesitan interpretarse dentro del contexto de la persona.

Además, los modelos pueden reproducir desigualdades existentes en los datos con los que fueron desarrollados.

Por ello, la supervisión humana resulta indispensable.

Evitar la deshumanización tecnológica

La tecnología debe mejorar el cuidado sin debilitar la relación.

El uso excesivo de pantallas durante una consulta puede reducir contacto visual.

Los sistemas administrativos complejos también pueden aumentar el tiempo dedicado a tareas de registro.

El desafío no consiste en regresar a modelos no digitalizados.

Consiste en diseñar herramientas que disminuyan cargas y faciliten la interacción.

Una innovación debería liberar capacidad para escuchar y decidir, no convertir el cuidado en una secuencia de acciones orientadas exclusivamente por interfaces.

La tecnología necesita permanecer subordinada a los objetivos humanos del sistema.

Interoperabilidad, privacidad y seguridad de la información

La integración de datos presenta una tensión adicional.

Compartir información entre servicios favorece continuidad.

Sin embargo, ampliar el acceso aumenta la necesidad de proteger privacidad y confidencialidad.

La interoperabilidad debe desarrollarse conjuntamente con mecanismos de seguridad.

No todos los profesionales necesitan acceso a toda la información.

Los sistemas requieren criterios proporcionales de acceso y trazabilidad.

La atención integral necesita información disponible y, simultáneamente, protección de derechos.

Equilibrio entre estandarización y personalización

Los protocolos constituyen herramientas esenciales para mejorar calidad y disminuir variaciones injustificadas.

Sin embargo, una aplicación excesivamente rígida puede dificultar la personalización.

El desafío consiste en determinar qué componentes deben estandarizarse y cuáles necesitan adaptarse.

Las prácticas de identificación y prevención de infecciones requieren alta estandarización.

En cambio, la selección entre opciones terapéuticas equivalentes puede necesitar mayor consideración de preferencias.

La personalización no significa abandonar protocolos.

Consiste en utilizar el juicio clínico para aplicar la evidencia dentro de circunstancias individuales.

Calidad frente a productividad

La forma en que los sistemas evalúan desempeño puede influir sobre la atención.

Cuando predominan indicadores como número de consultas o procedimientos, actividades como escuchar, educar y coordinar pueden recibir menor reconocimiento.

La productividad es importante porque los recursos son limitados.

Sin embargo, no puede constituir el único criterio de calidad.

La atención integral requiere considerar resultados clínicos, seguridad, experiencia y continuidad.

Los indicadores deben reflejar esta amplitud.

Medición de resultados relevantes para las personas

Los sistemas necesitan saber si las intervenciones producen resultados significativos.

Los indicadores tradicionales como mortalidad, complicaciones y reingresos continúan siendo esenciales.

Sin embargo, pueden complementarse con funcionalidad, calidad de vida y experiencia reportada.

Bru-Luna et al. (2024) muestran el creciente desarrollo de instrumentos destinados a evaluar dimensiones de atención centrada en la persona.

Esta medición permite identificar aspectos que no aparecen en los registros clínicos.

Una institución puede obtener resultados biomédicos favorables y, simultáneamente, presentar problemas importantes de comunicación o participación.

La evaluación integral necesita considerar ambas dimensiones.

Seguridad y personalización

Seguridad e integralidad no deberían interpretarse como objetivos contrapuestos.

La estandarización de determinados procesos reduce riesgos.

La personalización permite adaptar otros componentes a necesidades particulares.

El desafío consiste en combinar ambas.

Un protocolo puede establecer una intervención segura, pero el profesional debe considerar si existen condiciones individuales que requieren modificaciones justificadas.

La práctica basada en evidencia incluye precisamente la integración entre mejor conocimiento disponible y características particulares del paciente.

Traslado de la evidencia científica a la práctica

La producción de investigación no garantiza que los conocimientos se incorporen automáticamente a los servicios.

Existe una brecha conocida entre evidencia y práctica.

Los profesionales pueden enfrentar falta de tiempo, dificultades de acceso o procesos institucionales que no se actualizan con suficiente rapidez.

La atención integral basada en evidencia necesita mecanismos de implementación.

Guías actualizadas, educación continua, auditorías y equipos de mejora pueden contribuir.

Sin embargo, trasladar evidencia no significa copiar intervenciones sin considerar el contexto.

Las características de la población y los recursos disponibles pueden exigir adaptación.

El desafío consiste en conservar los componentes esenciales de una intervención y, al mismo tiempo, hacerla viable.

Cambio organizacional y liderazgo

Transformar la atención requiere modificar rutinas y estructuras consolidadas.

Esto puede generar resistencia.

Las normas por sí solas no garantizan cambios sostenibles.

El liderazgo necesita explicar objetivos, facilitar participación y proporcionar recursos.

Janerka et al. (2023) muestran precisamente que la implementación de modelos centrados en la persona se encuentra influida por el contexto organizacional.

La transformación debe acompañarse de evaluación.

No toda innovación produce automáticamente mejoras.

Los sistemas necesitan comprobar si los cambios realmente favorecen seguridad, experiencia y resultados.

Sostenibilidad de los modelos integrales

La integralidad requiere recursos.

Fortalecer atención primaria, mantener equipos interdisciplinarios, desarrollar tecnología interoperable y garantizar servicios comunitarios implica inversión.

Los sistemas poseen presupuestos limitados.

Por ello, la sostenibilidad debe formar parte del diseño.

Sin embargo, la fragmentación también genera costos.

La repetición de estudios, hospitalizaciones potencialmente evitables y errores durante transiciones pueden consumir recursos.

La evaluación económica debe considerar tanto el costo de implementar integración como el costo de mantener sistemas fragmentados.

Resiliencia frente a crisis sanitarias

Las emergencias pueden interrumpir la continuidad.

Durante epidemias o desastres, gran parte de los recursos puede redirigirse hacia la respuesta inmediata.

Esto puede afectar seguimiento de enfermedades crónicas, rehabilitación y prevención.

Un sistema integral debe ser también resiliente.

La resiliencia implica adaptarse a una crisis sin abandonar completamente otras funciones esenciales.

La atención primaria y las redes comunitarias pueden desempeñar un papel fundamental.

Las crisis muestran hasta qué punto la continuidad depende de disponer de estructuras flexibles.

Integración sanitaria y social

Numerosas necesidades no pueden resolverse exclusivamente mediante intervenciones clínicas.

La vivienda, alimentación, discapacidad y dependencia pueden requerir servicios sociales.

Cuando los sistemas sanitarios y sociales funcionan de manera completamente separada, aparecen vacíos.

Una persona puede cumplir criterios médicos para alta y no disponer de condiciones suficientes para retornar al domicilio.

La integración intersectorial adquiere especial relevancia en personas mayores, discapacidad y enfermedades prolongadas.

La continuidad real necesita conectar ambos ámbitos.

Promoción y prevención frente al predominio curativo

Los sistemas sanitarios suelen concentrar una parte importante de sus recursos en responder a enfermedades ya establecidas.

Estas intervenciones son indispensables.

Sin embargo, la atención integral también requiere prevención y promoción.

Identificar factores de riesgo, fortalecer autocuidado y detectar enfermedades tempranamente puede disminuir complicaciones posteriores.

El desafío es que los beneficios preventivos pueden observarse a largo plazo y competir con demandas inmediatas.

Una atención primaria sólida puede contribuir a mantener este equilibrio.

La integralidad comienza antes de que aparezca una enfermedad.

Participación comunitaria

Las comunidades pueden contribuir a identificar necesidades y barreras que los servicios no detectan fácilmente.

La participación comunitaria permite adaptar determinadas intervenciones a realidades locales.

La OMS considera la participación de personas y comunidades un componente fundamental de los servicios centrados en las personas (WHO, 2024).

Participar no significa únicamente recibir información.

Puede incluir consulta, colaboración y evaluación.

Esta perspectiva resulta particularmente importante en promoción y prevención.

Las comunidades poseen conocimientos contextuales que pueden mejorar la pertinencia de los servicios.

Humanización más allá del buen trato

Uno de los desafíos más relevantes consiste en evitar que la humanización se reduzca a campañas de cordialidad.

El buen trato es indispensable, pero insuficiente.

Una persona puede recibir una interacción amable y continuar enfrentando servicios fragmentados, demoras excesivas o indicaciones imposibles de cumplir.

La humanización posee una dimensión organizacional.

Requiere procesos capaces de respetar tiempo, dignidad y necesidades.

También exige condiciones laborales compatibles con una comunicación adecuada.

Pedir empatía sin proporcionar condiciones para ejercerla limita el alcance de las políticas de humanización.

Formación profesional para la complejidad

Los nuevos modelos requieren competencias adicionales.

Los profesionales necesitan conocimiento clínico sólido, pero también habilidades para comunicación, trabajo interdisciplinario, toma de decisiones compartida y uso responsable de tecnologías.

La formación debe preparar para trabajar con multimorbilidad y situaciones donde no existe una solución única.

La capacidad para manejar incertidumbre adquiere especial importancia.

Asimismo, la alfabetización digital será cada vez más necesaria.

Sin embargo, desarrollar competencias tecnológicas no debe desplazar las competencias relacionales.

El profesional contemporáneo necesita saber utilizar datos y tecnología sin perder capacidad para interpretar experiencias humanas.

Prioridades para avanzar hacia la integralidad

La complejidad de estos desafíos demuestra que no existe una única intervención capaz de transformar los sistemas.

El avance requiere actuar simultáneamente en varios niveles.

La atención primaria debe fortalecerse como eje de coordinación y continuidad. Los hospitales necesitan mejorar transiciones. Los sistemas digitales deben facilitar interoperabilidad sin comprometer privacidad. Los equipos requieren mejores condiciones de colaboración. Los pacientes necesitan oportunidades reales de participación.

Las políticas de equidad deben considerar barreras económicas, territoriales, culturales y digitales.

El bienestar profesional debe incorporarse a las estrategias de calidad y seguridad.

Finalmente, cada innovación debería evaluarse en función de su capacidad para mejorar resultados relevantes para las personas.

De sistemas centrados en servicios a sistemas centrados en necesidades

Gran parte de las dificultades analizadas tienen un origen común: muchos sistemas se encuentran organizados fundamentalmente alrededor de estructuras institucionales.

El paciente debe adaptarse a horarios, especialidades y circuitos.

La atención integral propone invertir parcialmente esta lógica.

Los servicios deben desarrollar mayor capacidad para responder a trayectorias reales de salud.

Esto no significa que todas las preferencias puedan satisfacerse.

Los recursos y limitaciones organizacionales continúan existiendo.

El cambio consiste en utilizar las necesidades como referencia para diseñar procesos.

La integralidad se convierte entonces en un principio de organización.

Síntesis integradora

Los desafíos actuales para desarrollar una atención verdaderamente integral poseen un carácter sistémico. La fragmentación, multimorbilidad, envejecimiento, inequidades, limitaciones de recursos humanos, transformación digital y dificultades para trasladar evidencia a la práctica se encuentran interrelacionados.

Por ello, las soluciones aisladas tienen un alcance limitado.

La atención integral requiere sistemas capaces de conectar niveles asistenciales, coordinar profesionales, mantener continuidad y responder a las necesidades sociales y funcionales que influyen sobre la recuperación.

La evidencia contemporánea respalda la necesidad de fortalecer modelos centrados en las personas y atención primaria, pero también muestra que su implementación depende de condiciones organizacionales y contextuales (Janerka et al., 2023; Rajan et al., 2024).

La equidad constituye igualmente una condición indispensable. Las diferencias económicas, territoriales, culturales y digitales pueden limitar el acceso efectivo incluso cuando los servicios existen formalmente (WHO, 2025; Benda et al., 2023).

La innovación tecnológica, incluida la inteligencia artificial, puede contribuir a mejorar coordinación y capacidad de respuesta, pero únicamente cuando se desarrolla bajo principios de transparencia, supervisión humana, privacidad y equidad (WHO, 2021). La tecnología no debería convertirse en una nueva fuente de fragmentación o exclusión.

Al mismo tiempo, la integralidad requiere reconocer que el cuidado depende de las condiciones en las que trabajan los profesionales. La sobrecarga y el agotamiento pueden afectar la posibilidad de sostener comunicación, coordinación y seguridad, por lo que el

bienestar laboral debe considerarse parte de una estrategia sistémica de calidad (Hodkinson et al., 2022).

En consecuencia, avanzar hacia una atención verdaderamente integral implica **conectar aquello que los sistemas han separado históricamente**: atención física y salud mental, servicios especializados y atención primaria, hospital y comunidad, tecnología y relación humana, evidencia científica y preferencias personales, calidad clínica y equidad social.

El reto fundamental no consiste únicamente en disponer de más conocimientos, profesionales o tecnologías, sino en lograr que estos recursos funcionen de manera articulada alrededor de la persona. Una atención verdaderamente integral será aquella capaz de mantener especialización sin fragmentación, estandarización sin despersonalización, innovación sin exclusión, eficiencia sin pérdida de dignidad y continuidad sin trasladar al paciente la responsabilidad de coordinar por sí mismo el sistema.

Con este análisis se completa el primer capítulo y quedan establecidos los fundamentos necesarios para comprender el cuidado integral como un proceso científico, ético, multidimensional y sistémico. A partir de estas bases resulta posible profundizar en la humanización de la atención y en la experiencia del paciente, componentes que permiten analizar no solamente aquello que los servicios hacen, sino también cómo son vividos y percibidos por las personas que los utilizan.

CAPÍTULO 2.
Humanización de la atención y experiencia del paciente

2.1. Humanización como principio esencial de la atención sanitaria

La humanización de la atención sanitaria constituye uno de los principios fundamentales para comprender la calidad del cuidado en los sistemas de salud contemporáneos. Su relevancia parte del reconocimiento de que la enfermedad no representa únicamente una alteración biológica, sino una experiencia humana capaz de modificar la autonomía, las relaciones familiares, la percepción de seguridad, la funcionalidad, la vida cotidiana y las expectativas de futuro. En consecuencia, proporcionar atención sanitaria de calidad exige integrar la competencia científica y técnica con el reconocimiento de la dignidad, singularidad, valores y necesidades particulares de cada persona.

Los avances científicos y tecnológicos han transformado profundamente la capacidad de prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades. Sin embargo, una mayor capacidad tecnológica no garantiza por sí misma una experiencia asistencial de calidad. Los sistemas pueden disponer de procedimientos altamente especializados y, simultáneamente, presentar fragmentación, tiempos insuficientes para la interacción, dificultades de coordinación o prácticas excesivamente centradas en procesos institucionales. Frente a esta realidad, la humanización propone recuperar a la persona como referencia central del cuidado y como sujeto de derechos dentro del proceso sanitario.

Desde una perspectiva contemporánea, la humanización puede comprenderse como un enfoque ético, relacional y organizacional orientado a preservar la dignidad, singularidad, autonomía y participación de las personas, integrando estas dimensiones con una atención científicamente fundamentada, segura y equitativa**.** Esta definición permite diferenciarla de una visión reducida al trato cordial o amable. La humanización implica transformar tanto las relaciones asistenciales como las estructuras organizacionales que influyen sobre la experiencia del paciente.

La Organización Mundial de la Salud promueve modelos integrados y centrados en las personas, en los que los servicios se organizan alrededor de necesidades individuales y comunitarias y no exclusivamente de enfermedades o instituciones (World Health Organization [WHO], 2024a). Desde este enfoque, la humanización se relaciona con continuidad, coordinación, participación, seguridad y respeto, pero conserva una identidad propia al enfatizar la dimensión ética y humana del cuidado.

Humanización, dignidad y singularidad de la persona

La dignidad constituye uno de los fundamentos centrales de la humanización. Toda persona conserva valor independientemente de su diagnóstico, edad, condición socioeconómica, grado de dependencia, discapacidad o capacidad funcional. La enfermedad puede modificar el nivel de autonomía o generar necesidades adicionales de apoyo, pero no disminuye los derechos ni la condición humana de quien recibe atención.

En determinados contextos asistenciales, la dignidad puede encontrarse particularmente expuesta. La hospitalización puede disminuir la privacidad, alterar rutinas y aumentar la dependencia. Algunos procedimientos requieren exposición corporal o acceso a información íntima. En estas circunstancias, la manera en que los profesionales realizan las intervenciones adquiere especial relevancia.

Humanizar significa proteger la intimidad, explicar previamente aquello que se realizará, utilizar formas respetuosas de comunicación y permitir que la persona mantenga participación en las actividades que todavía puede desarrollar. También implica evitar prácticas que reduzcan al paciente a un diagnóstico, una cama o un procedimiento.

La evidencia reciente sobre atención centrada en la persona muestra que elementos como dignidad, confianza, respeto y participación constituyen componentes significativos de la experiencia asistencial (Tikkanen et al., 2024). Estos hallazgos refuerzan la idea de que la calidad no depende únicamente de los resultados clínicos, sino también de la forma en que la persona vive el proceso mediante el cual dichos resultados son alcanzados.

La singularidad constituye otro componente importante. Dos personas con un mismo diagnóstico pueden presentar necesidades diferentes debido a su edad, experiencias previas, condiciones familiares, expectativas y prioridades. Una atención humanizada necesita reconocer estas diferencias y evitar una aplicación mecánica de intervenciones.

La personalización no significa abandonar protocolos ni evidencia. Los protocolos permiten estandarizar aspectos esenciales para la seguridad, mientras que la humanización exige adaptar aquello que puede y debe individualizarse. La atención de calidad requiere, por tanto, **estandarizar lo necesario para proteger y personalizar lo necesario para cuidar**.

Humanización y reconocimiento de la vulnerabilidad

La enfermedad puede generar diferentes grados de vulnerabilidad. El paciente puede experimentar incertidumbre, temor, dependencia o pérdida temporal de control. En algunas situaciones, además, puede existir deterioro funcional, dolor intenso, dificultad para comunicarse o necesidad de cuidados prolongados.

Reconocer la vulnerabilidad no implica considerar a la persona incapaz.

La protección debe ser proporcional a las necesidades y evitar convertirse en paternalismo. Una persona puede necesitar asistencia física y conservar plenamente su capacidad para decidir. Del mismo modo, puede requerir apoyo para comprender determinada información sin que esto justifique excluirla del proceso.

La humanización busca precisamente preservar el máximo nivel posible de autonomía.

Esto resulta especialmente importante en personas mayores, pacientes con discapacidad y personas con enfermedades graves o crónicas. En estos contextos, el cuidado debería orientarse hacia la protección sin eliminar innecesariamente la participación.

La vulnerabilidad también puede estar determinada por condiciones sociales. Falta de recursos económicos, aislamiento, barreras lingüísticas o dificultades para acceder a servicios pueden limitar la capacidad de una persona para desarrollar su tratamiento. Por ello, la humanización necesita incorporar una perspectiva de equidad.

Humanización, autonomía y participación

El respeto por la autonomía constituye una expresión fundamental de la atención humanizada.

Los modelos contemporáneos han evolucionado desde relaciones predominantemente paternalistas hacia formas más participativas. El paciente deja de ser considerado únicamente receptor de indicaciones y comienza a reconocerse como participante del proceso.

Esto no significa transferirle toda la responsabilidad.

El profesional mantiene la obligación de interpretar evidencia, identificar riesgos y formular recomendaciones. La participación implica que las decisiones clínicamente relevantes consideren también los valores y preferencias de la persona cuando existen alternativas razonables.

Montori et al. (2023) plantean que la toma de decisiones compartida debe comprenderse como una forma de cuidado colaborativo en la que el conocimiento científico del profesional se integra con las circunstancias, experiencias y prioridades del paciente.

La humanización aparece precisamente en este encuentro entre dos formas diferentes de conocimiento.

El profesional conoce la enfermedad desde la ciencia; el paciente conoce cómo esa enfermedad afecta su vida.

Ambas perspectivas son necesarias.

Humanización en contextos asistenciales complejos

La importancia de la humanización puede observarse con especial claridad en escenarios de alta complejidad.

Durante una hospitalización, la persona abandona temporalmente su entorno habitual y se incorpora a una organización determinada por rutinas, procedimientos y horarios. La pérdida de control sobre aspectos cotidianos puede generar sensación de dependencia.

Una atención humanizada intenta disminuir este impacto proporcionando información, respetando preferencias razonables y facilitando participación.

En unidades de cuidados intensivos, la presencia de tecnologías puede aumentar todavía más el riesgo de despersonalización. Monitores, ventiladores y dispositivos son indispensables,

pero el paciente no debería desaparecer conceptualmente detrás de los parámetros fisiológicos.

La tecnología debe permanecer al servicio de la persona.

La humanización en alta complejidad implica reconocer necesidades de comodidad, privacidad, acompañamiento y orientación, además de mantener excelencia técnica.

En las enfermedades crónicas, el desafío es diferente.

El cuidado puede extenderse durante años y gran parte del tratamiento ocurre fuera de los establecimientos sanitarios. Por ello, la humanización requiere considerar la carga terapéutica que los planes producen sobre la vida cotidiana.

Una persona puede recibir múltiples indicaciones relacionadas con medicamentos, alimentación, actividad física y controles. Si estas recomendaciones no consideran sus posibilidades reales, el plan puede resultar difícil de mantener.

Las intervenciones centradas en la persona en enfermedades crónicas han mostrado efectos favorables en determinados resultados, aunque la evidencia también señala heterogeneidad entre poblaciones y estrategias (Nkhoma et al., 2022). Esto obliga a evitar asumir que existe una única forma de humanizar aplicable a todas las personas.

Humanización en situaciones de enfermedad avanzada

La humanización adquiere un significado particular cuando la curación deja de ser posible o cuando las posibilidades terapéuticas disminuyen.

El cuidado no termina cuando termina la posibilidad de curar.

En estos escenarios, los objetivos pueden orientarse hacia control de síntomas, preservación de la dignidad, alivio del sufrimiento y calidad de vida.

La atención paliativa constituye uno de los ejemplos más claros de esta concepción. La evidencia contemporánea muestra que la integración de cuidados paliativos puede producir beneficios en determinados resultados relacionados con calidad de vida y bienestar psicológico en personas con enfermedades avanzadas, aunque los efectos varían según la población y el modelo implementado (Xu et al., 2022).

Humanizar el final de la vida implica además evitar intervenciones desproporcionadas y considerar los objetivos personales.

La dignidad permanece durante todas las etapas del proceso.

Familia y humanización del cuidado

La enfermedad frecuentemente afecta también a las personas cercanas al paciente.

Los familiares pueden convertirse en acompañantes y cuidadores y desempeñar una función importante para la continuidad.

La humanización reconoce esta participación, pero mantiene a la persona atendida como centro del proceso.

No todos los pacientes desean el mismo nivel de participación familiar.

Por ello, la incorporación de la familia debe responder a preferencias individuales y respetar confidencialidad y autonomía.

Los cuidadores también pueden experimentar sobrecarga.

El cuidado prolongado puede generar fatiga, preocupación y dificultades para mantener actividades laborales o personales. Considerar estos límites forma parte de una planificación humanizada y realista.

La familia no debe entenderse como un recurso ilimitado capaz de asumir automáticamente funciones que el sistema deja de cubrir.

Humanización y seguridad del paciente

Humanización y seguridad no constituyen dimensiones opuestas.

Una atención respetuosa puede favorecer que el paciente comunique información relevante, formule preguntas o advierta que no ha comprendido una indicación.

Esta participación puede contribuir a prevenir determinados errores.

Sin embargo, la seguridad continúa siendo responsabilidad fundamental de profesionales e instituciones.

El *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030* destaca la participación de pacientes y familias dentro de estrategias orientadas a reducir el daño evitable y fortalecer sistemas más seguros (WHO, 2021a).

La humanización necesita integrarse con estos mecanismos.

Una intervención amable pero insegura no constituye atención de calidad.

Del mismo modo, una intervención técnicamente correcta pero desarrollada de manera humillante o despersonalizada tampoco representa una práctica integral.

Humanización y equidad

La humanización posee una dimensión social.

No puede considerarse plenamente humanizada una atención que excluye sistemáticamente a determinadas poblaciones.

Las condiciones económicas, territoriales, educativas y sociales influyen sobre el acceso y continuidad de los tratamientos. La OMS ha reiterado que las desigualdades en estas condiciones producen diferencias importantes y evitables en salud (WHO, 2025).

La equidad exige reconocer necesidades diferentes.

Proporcionar exactamente el mismo recurso a todas las personas no garantiza resultados semejantes cuando existen barreras distintas.

Una persona que vive lejos de un establecimiento puede necesitar mecanismos de seguimiento diferentes de quienes residen cerca.

Otra puede requerir información adaptada a barreras lingüísticas.

Humanizar significa identificar estas diferencias sin transformar la atención en prácticas discriminatorias.

Humanización e interculturalidad

La diversidad cultural constituye una realidad permanente de los sistemas sanitarios.

Las personas pueden poseer diferentes interpretaciones sobre enfermedad, familia, alimentación, dolor y tratamiento.

Una atención humanizada necesita reconocer estas diferencias sin convertirlas en estereotipos.

La pertenencia cultural no determina automáticamente las preferencias individuales.

Por ello, el enfoque más adecuado consiste en explorar y preguntar.

La interculturalidad también requiere reconocer las barreras lingüísticas.

Cuando la persona no comprende adecuadamente el idioma utilizado durante la atención, pueden verse comprometidas participación, consentimiento y seguridad.

El objetivo debe ser generar condiciones que permitan una interacción comprensible y respetuosa.

Experiencia del paciente y humanización

La experiencia del paciente proporciona información importante sobre la manera en que se desarrollan los servicios.

Sin embargo, experiencia y humanización no son conceptos idénticos.

La experiencia describe aquello que la persona vive durante su interacción con el sistema. La humanización representa un principio más amplio que orienta cómo debería organizarse el cuidado.

Una persona puede valorar positivamente un servicio por comodidad o rapidez sin que ello garantice necesariamente una atención científicamente óptima.

Del mismo modo, determinadas decisiones clínicas pueden resultar desagradables y ser necesarias para proteger la salud.

Por ello, la calidad necesita analizar conjuntamente resultados clínicos, seguridad, experiencia, continuidad y respeto de derechos.

La experiencia constituye una fuente relevante, pero no el único criterio.

Bru-Luna et al. (2024) identifican diferentes instrumentos orientados a evaluar componentes de la atención centrada en la persona, lo que demuestra el creciente interés por incorporar dimensiones relacionadas con experiencia, participación y relación asistencial dentro de la medición de calidad.

Experiencia y satisfacción: conceptos diferentes

La satisfacción y la experiencia del paciente también deben distinguirse.

La satisfacción se encuentra influida por las expectativas que la persona tenía antes de utilizar un servicio.

La experiencia puede analizar hechos más concretos.

Por ejemplo, si recibió información comprensible, si tuvo privacidad, si participó en decisiones o si percibió continuidad.

Esta diferencia posee importancia para evaluar humanización.

Una medición basada únicamente en satisfacción puede no identificar problemas estructurales.

En cambio, analizar experiencias específicas permite reconocer puntos de mejora.

La evaluación de humanización debería combinar indicadores cuantitativos y cualitativos.

Los datos numéricos permiten comparar tendencias y las narrativas ayudan a comprender por qué ocurren determinadas experiencias.

Condiciones organizacionales para la humanización

Uno de los principales avances conceptuales consiste en reconocer que la humanización no depende únicamente de cualidades individuales.

Las organizaciones pueden facilitarla o dificultarla.

Los tiempos asignados, las cargas laborales, los sistemas de registro, la infraestructura y la coordinación entre servicios condicionan lo que los profesionales pueden realizar.

Janerka et al. (2023) muestran que la implementación de intervenciones centradas en las personas depende de factores vinculados con profesionales, pacientes y organizaciones.

Esta evidencia demuestra que una política de humanización no debería limitarse a solicitar empatía.

Necesita revisar las condiciones concretas de prestación.

Una institución puede promover un discurso de trato humanizado y, al mismo tiempo, mantener circuitos administrativos que obligan a la persona a repetir procedimientos o desplazarse innecesariamente.

En estos casos, la deshumanización es organizacional.

El tiempo como recurso para cuidar

El tiempo representa una condición importante.

Escuchar, informar y personalizar requieren un mínimo de disponibilidad.

Esto no significa que todas las consultas deban durar lo mismo.

Los pacientes presentan diferentes niveles de complejidad.

Una organización rígida que asigna exactamente el mismo tiempo a todos puede dificultar la atención integral.

El desafío consiste en desarrollar modelos capaces de reconocer complejidad sin comprometer eficiencia.

La humanización tampoco puede convertirse en una exigencia que dependa únicamente de que el profesional prolongue informalmente su jornada.

Necesita ser incorporada al diseño del servicio.

Bienestar profesional y humanización

La calidad de la atención también se relaciona con las condiciones de quienes proporcionan el cuidado.

La sobrecarga asistencial, fatiga y agotamiento pueden disminuir la capacidad para mantener una comunicación adecuada y aumentar riesgos.

Una revisión sistemática y metaanálisis realizada por Hodkinson et al. (2022) encontró asociaciones entre el agotamiento de profesionales médicos y diferentes indicadores relacionados con calidad asistencial y seguridad.

Este tipo de evidencia muestra que la humanización debe analizarse desde una perspectiva sistémica.

El bienestar profesional no es un asunto completamente separado del bienestar del paciente.

Sin embargo, tampoco debe utilizarse para justificar prácticas inadecuadas.

La responsabilidad institucional consiste en generar condiciones que permitan desarrollar el trabajo dentro de estándares científicos y humanos razonables.

Liderazgo y cultura organizacional

La construcción de servicios humanizados requiere liderazgo.

Las prioridades institucionales se reflejan en aquello que se mide, financia y recompensa.

Cuando una organización valora exclusivamente productividad, puede generar incentivos que disminuyan el tiempo destinado a actividades relacionales.

Esto no significa que la productividad carezca de importancia.

Los sistemas necesitan utilizar eficientemente sus recursos.

El desafío consiste en equilibrar productividad y calidad.

Los líderes también deben crear culturas capaces de identificar problemas y aprender de ellos.

Una organización humanizada debería permitir que pacientes y profesionales comuniquen dificultades y participen en estrategias de mejora.

La humanización se convierte de este modo en un componente de la gobernanza institucional.

Tecnología como herramienta y no como finalidad

Las tecnologías digitales pueden favorecer acceso, seguimiento y continuidad.

Sin embargo, no deben considerarse humanizadoras simplemente por ser innovadoras.

Una herramienta puede facilitar la atención para algunos pacientes y convertirse en una barrera para otros.

La evaluación debe considerar accesibilidad, utilidad, privacidad y equidad.

La inteligencia artificial plantea desafíos adicionales relacionados con transparencia, responsabilidad y sesgos. La OMS establece principios para que su utilización en salud mantenga la ética y los derechos humanos como elementos centrales (WHO, 2021b).

Desde el punto de vista de la humanización, el criterio esencial es sencillo: la tecnología debe contribuir a mejorar la capacidad del sistema para responder a necesidades humanas y no desplazar innecesariamente la relación profesional.

La profundización de estos aspectos corresponde al capítulo dedicado a innovación tecnológica; aquí resulta suficiente establecer su relación con la calidad humana del cuidado.

Humanización basada en evidencia

La humanización posee fundamentos éticos, pero su implementación también debe evaluarse científicamente.

No todas las estrategias producen necesariamente los mismos resultados.

Por ello, las instituciones necesitan estudiar qué intervenciones mejoran efectivamente la experiencia, participación, continuidad o resultados relevantes para las personas.

La utilización de evidencia permite evitar que la humanización se convierta en una colección de actividades simbólicas.

Instalar mensajes motivacionales o realizar campañas de cordialidad puede producir algún efecto, pero no sustituye modificaciones estructurales cuando existen problemas de fragmentación o falta de privacidad.

La humanización basada en evidencia requiere definir objetivos, implementar intervenciones y evaluar resultados.

Esta perspectiva permite integrar ética y gestión de calidad.

Del buen trato a la transformación estructural

Uno de los principales riesgos consiste en reducir la humanización al buen trato.

El trato respetuoso es indispensable, pero representa solamente una parte del proceso.

Una persona puede recibir una atención cordial y continuar enfrentando demoras evitables, pérdida de información o indicaciones imposibles de cumplir.

La verdadera humanización requiere revisar todo el recorrido asistencial.

Esto incluye ingreso, diagnóstico, hospitalización, alta y seguimiento.

Cada transición puede presentar riesgos de despersonalización.

La institución necesita analizar la experiencia desde la perspectiva del usuario.

La pregunta relevante no debería ser únicamente si el proceso funciona administrativamente, sino si funciona de una manera comprensible, segura y razonable para la persona.

Humanización como componente de calidad

La humanización debe integrarse dentro de las estrategias de calidad.

No constituye un objetivo que se persigue después de alcanzar excelencia técnica.

La atención de calidad requiere combinar efectividad, seguridad, oportunidad, equidad e incorporación de las necesidades de las personas (WHO, 2024b).

Desde esta perspectiva, una atención clínicamente eficaz pero irrespetuosa presenta una deficiencia.

Del mismo modo, una atención amable sin suficiente fundamento científico tampoco cumple estándares adecuados.

La competencia técnica y la sensibilidad humana son complementarias.

Esta integración constituye uno de los principios fundamentales del presente enfoque.

Formación para una práctica humanizada

Los profesionales necesitan competencias específicas para desarrollar una atención humanizada.

La formación técnica continúa siendo indispensable, pero debe complementarse con ética, toma de decisiones compartida, sensibilidad cultural y capacidad para trabajar dentro de equipos.

Estas competencias pueden enseñarse y evaluarse.

La simulación, análisis de casos y reflexión sobre experiencias permiten desarrollar habilidades relacionadas con la interacción asistencial.

Sin embargo, la capacitación individual posee límites.

Formar excelentes profesionales dentro de organizaciones profundamente fragmentadas no garantiza una experiencia humanizada.

La educación y la transformación institucional deben avanzar conjuntamente.

Investigación y participación de pacientes

La investigación sobre humanización puede fortalecerse mediante la incorporación de la perspectiva de quienes utilizan los servicios.

Los pacientes pueden identificar problemas que no aparecen en los indicadores tradicionales.

Sus relatos pueden revelar dificultades relacionadas con privacidad, orientación, información o continuidad.

Esto no significa que las preferencias individuales deban determinar automáticamente las políticas.

Su función consiste en proporcionar información adicional.

La participación de pacientes dentro de procesos de mejora puede contribuir a diseñar servicios más coherentes con necesidades reales.

La investigación cualitativa posee especial utilidad para comprender estas experiencias.

Humanización y responsabilidad compartida

La humanización no pertenece exclusivamente a una profesión.

Todo integrante del sistema puede contribuir o dificultarla.

Los médicos participan mediante las decisiones y comunicación clínica; los profesionales de enfermería mediante el cuidado continuo y la valoración de necesidades; otros profesionales contribuyen desde dimensiones psicológicas, sociales o funcionales.

El personal administrativo también influye en la experiencia.

Un proceso de admisión confuso o un trato despersonalizado en una ventanilla pueden afectar la percepción global.

La humanización es, por tanto, una responsabilidad colectiva.

Las organizaciones necesitan evitar que se transforme en una tarea atribuida únicamente a quienes mantienen contacto directo con pacientes.

De la iniciativa individual a la cultura institucional

Una organización verdaderamente humanizada incorpora estos principios dentro de su cultura.

La dignidad debe reflejarse en procedimientos.

La participación debe encontrarse incorporada en decisiones.

La privacidad debe protegerse mediante infraestructura y normas.

La equidad debe orientar el acceso.

La seguridad debe constituir una prioridad permanente.

Cuando estos valores dependen exclusivamente de algunos profesionales particularmente comprometidos, el modelo resulta frágil.

La cultura institucional permite mantenerlos incluso cuando cambian los equipos.

La humanización se convierte entonces en una característica estructural y no en una excepción.

Síntesis integradora

La humanización constituye un principio esencial de la atención sanitaria porque permite situar la dignidad y las necesidades humanas dentro de sistemas cada vez más especializados y tecnificados. Su finalidad no consiste en disminuir la importancia de la ciencia, los protocolos o la tecnología, sino en garantizar que estos recursos permanezcan orientados hacia el bienestar de las personas.

Una atención humanizada reconoce la singularidad del paciente, preserva su dignidad, promueve participación y procura reducir las condiciones que generan exclusión o despersonalización. También comprende que la experiencia asistencial está determinada por factores organizacionales y no únicamente por el comportamiento individual del profesional.

Por ello, humanizar requiere transformar relaciones, procesos y estructuras.

La evidencia contemporánea muestra que componentes como dignidad, participación, confianza y atención centrada en la persona poseen relevancia para la experiencia asistencial, al tiempo que la implementación de estos enfoques depende de condiciones profesionales y organizacionales (Janerka et al., 2023; Tikkanen et al., 2024).

La humanización tampoco debe confundirse con satisfacción. Su evaluación exige integrar experiencia, seguridad, resultados clínicos, continuidad y respeto de derechos. Esta visión evita reducir el concepto a una percepción subjetiva y permite incorporarlo dentro de estrategias sistemáticas de calidad.

Asimismo, el desarrollo tecnológico plantea nuevas oportunidades y riesgos. Las herramientas digitales pueden mejorar acceso y seguimiento, pero solamente serán compatibles con una atención humanizada cuando preserven equidad, privacidad, responsabilidad y supervisión humana (WHO, 2021b).

En definitiva, la humanización representa una forma de organizar y proporcionar el cuidado en la que la excelencia científica y la sensibilidad humana funcionan de manera complementaria**.** Una atención verdaderamente humanizada no se limita a tratar correctamente una enfermedad; procura que la persona comprenda, participe, conserve dignidad y experimente continuidad durante todo el proceso asistencial.

La consolidación de este principio requiere profesionales preparados, organizaciones coherentes y políticas que reconozcan que la calidad se construye tanto mediante procedimientos seguros como mediante relaciones respetuosas. Dentro de esta perspectiva, la comunicación efectiva y la escucha activa constituyen dos de las principales herramientas mediante las cuales la humanización se transforma en una experiencia concreta para pacientes y familias.

2.3. Empatía, compasión y sensibilidad en el cuidado

La empatía, la compasión y la sensibilidad constituyen dimensiones fundamentales de una atención sanitaria humanizada. Su importancia radica en que la enfermedad no se limita a producir alteraciones físicas, sino que puede generar incertidumbre, temor, pérdida de autonomía, cambios en las relaciones personales, modificaciones en el proyecto de vida y diferentes formas de sufrimiento. Frente a estas experiencias, el conocimiento científico y las competencias técnicas continúan siendo indispensables, pero requieren complementarse con capacidades que permitan reconocer y responder adecuadamente a las necesidades humanas de quienes reciben atención.

Aunque empatía, compasión y sensibilidad mantienen una estrecha relación, no deben utilizarse como conceptos equivalentes. La **empatía** puede comprenderse como la capacidad de reconocer y comprender la experiencia y perspectiva de otra persona, manteniendo simultáneamente la diferenciación necesaria para conservar el juicio profesional. La **compasión** añade una orientación hacia la acción: además de reconocer el sufrimiento, implica una disposición para intentar aliviarlo cuando existen posibilidades razonables. La **sensibilidad**, por su parte, se relaciona con la capacidad de identificar necesidades, diferencias y circunstancias particulares que pueden requerir una respuesta adaptada.

Esta diferenciación tiene consecuencias prácticas. Un profesional puede comprender que un paciente experimenta temor ante un procedimiento —empatía—, identificar que ese temor

constituye una necesidad relevante —sensibilidad— y modificar la forma de explicar o acompañar el procedimiento para disminuir el sufrimiento evitable —compasión—.

La evidencia disponible relaciona la empatía profesional con experiencias favorables de atención y determinados resultados asistenciales, aunque los estudios presentan diversidad metodológica y no permiten atribuir automáticamente una relación causal en todos los escenarios. Nembhard et al. (2023), al analizar una amplia cantidad de investigaciones, encontraron asociaciones frecuentes entre empatía y resultados positivos para pacientes y profesionales, pero también señalaron heterogeneidad conceptual y metodológica. Esta precaución resulta importante para mantener un enfoque científicamente riguroso.

Empatía clínica y comprensión de la experiencia humana

La empatía clínica no consiste simplemente en imaginar cómo se sentiría el profesional si estuviera en la misma situación del paciente. Cada persona posee experiencias, valores y circunstancias diferentes, por lo que asumir que se conoce exactamente aquello que siente puede conducir a interpretaciones equivocadas.

La empatía requiere escuchar, observar y preguntar.

El profesional intenta aproximarse a la experiencia de la persona sin apropiarse de ella.

Este equilibrio resulta esencial porque la práctica sanitaria exige conservar capacidad para analizar información, tomar decisiones y actuar ante situaciones complejas.

La empatía clínica puede considerarse multidimensional. Incorpora un componente cognitivo relacionado con comprender la perspectiva del paciente, un componente afectivo vinculado con reconocer su respuesta emocional y un componente comunicativo mediante el cual se demuestra que esa experiencia ha sido considerada.

Estos componentes pueden observarse en situaciones cotidianas. Una persona que manifiesta miedo antes de una intervención no necesita únicamente una explicación técnica. Puede requerir que el profesional reconozca primero la preocupación y posteriormente proporcione información.

La secuencia importa.

Una explicación correcta ofrecida sin atender inicialmente el temor puede ser interpretada como indiferencia.

Por el contrario, reconocer la emoción sin proporcionar la información necesaria también sería insuficiente.

La atención empática integra ambos componentes.

Empatía, confianza y experiencia del paciente

La percepción de ser escuchado puede influir sobre la confianza y disposición para compartir información.

Una persona puede omitir inicialmente determinados datos porque teme ser juzgada o considera que no son importantes.

La presencia de una interacción respetuosa puede facilitar que comunique efectos adversos, dificultades económicas, problemas familiares o dudas respecto del tratamiento.

Esta información puede resultar clínicamente relevante.

Por ello, la empatía no debe interpretarse únicamente como un valor interpersonal. También puede favorecer una mejor comprensión de las circunstancias que rodean el problema de salud.

La evidencia revisada por Nembhard et al. (2023) muestra que la empatía se asocia frecuentemente con experiencias positivas del paciente, aunque los resultados deben interpretarse considerando la calidad y diseño de cada investigación.

Esta formulación es importante: la empatía puede contribuir a mejorar determinadas dimensiones de la atención, pero no constituye por sí sola una garantía de mejores resultados.

Reconocer el sufrimiento sin juzgar

Uno de los principales aportes de la empatía consiste en permitir que el profesional explore las razones que se encuentran detrás de determinadas conductas.

Un paciente puede no haber seguido una recomendación por efectos adversos, dificultades económicas, temor o problemas para comprender las indicaciones.

Interpretar inmediatamente esta situación como irresponsabilidad puede deteriorar la relación.

La respuesta empática comienza explorando el motivo.

Esto no significa eliminar la responsabilidad del paciente ni aceptar conductas que puedan generar riesgos. Significa comprender antes de juzgar.

Una vez identificada la causa, el profesional puede explicar riesgos y analizar alternativas.

Este enfoque resulta particularmente importante en enfermedades crónicas, donde las recomendaciones deben mantenerse durante periodos prolongados y adaptarse a la vida cotidiana.

Compasión como respuesta profesional al sufrimiento

La compasión amplía el alcance de la empatía porque incorpora una disposición para actuar.

Comprender que una persona sufre posee valor, pero el cuidado exige además preguntarse qué puede hacerse para disminuir ese sufrimiento de manera segura y responsable.

La Organización Mundial de la Salud ha situado recientemente la compasión dentro de una perspectiva que incluye relaciones asistenciales, cultura organizacional y transformación de

la atención primaria (WHO, 2025). Esta aproximación permite superar la idea de que la compasión depende exclusivamente de la personalidad individual del profesional.

La compasión puede expresarse mediante acciones muy diversas.

Controlar oportunamente el dolor, evitar procedimientos innecesariamente repetitivos, adaptar una intervención, preservar privacidad o facilitar la orientación dentro de un establecimiento pueden representar respuestas compasivas cuando disminuyen sufrimiento evitable.

Esto permite comprender que la compasión sanitaria necesita estar acompañada por competencia científica.

La buena intención no resulta suficiente.

Una intervención bien intencionada pero clínicamente inapropiada puede generar daño.

Por tanto, la compasión debe mantenerse vinculada con evidencia, seguridad y responsabilidad profesional.

Compasión, dignidad y vulnerabilidad

La compasión posee una estrecha relación con la dignidad.

Las personas que experimentan enfermedad grave, dependencia o discapacidad pueden encontrarse particularmente expuestas a situaciones de vulnerabilidad.

Una actividad de cuidado aparentemente sencilla puede adquirir gran importancia desde la perspectiva del paciente.

Proteger la intimidad durante la higiene, explicar antes de movilizar o adaptar el ritmo de un procedimiento pueden disminuir vergüenza, miedo o sensación de pérdida de control.

La compasión reconoce que el sufrimiento no siempre puede eliminarse completamente.

Sin embargo, incluso cuando no es posible modificar la enfermedad, puede ser posible reducir sufrimiento innecesario.

Este principio adquiere especial importancia en cuidados paliativos y enfermedades avanzadas.

La imposibilidad de curar no significa ausencia de cuidado.

Aliviar síntomas, acompañar y mantener dignidad continúan siendo objetivos clínicos relevantes.

Sensibilidad frente a necesidades individuales

La sensibilidad permite reconocer que las necesidades no se presentan de la misma manera en todos los pacientes.

Una persona con dificultades auditivas puede necesitar una adaptación comunicativa; otra puede requerir mayor privacidad; otra puede presentar temor intenso ante determinados procedimientos; y otra puede enfrentar barreras económicas que limitan la continuidad terapéutica.

La sensibilidad profesional consiste en detectar estas diferencias y evitar una atención rígidamente uniforme.

Esto no significa asumir necesidades basándose en estereotipos.

La sensibilidad requiere observar y preguntar.

La pertenencia a un determinado grupo cultural, por ejemplo, puede aportar contexto, pero no permite concluir automáticamente qué preferencias posee una persona.

Por ello, la atención sensible combina reconocimiento de diversidad con valoración individual.

Sensibilidad cultural y social

La cultura puede influir sobre la interpretación del dolor, enfermedad, tratamiento, familia y muerte.

Una práctica sensible reconoce estas diferencias y procura desarrollar una interacción respetuosa.

Sin embargo, sensibilidad cultural no significa aceptar automáticamente cualquier práctica cuando existe riesgo clínico.

El profesional mantiene responsabilidades relacionadas con seguridad y derechos.

La finalidad consiste en dialogar, comprender el significado de las preferencias y buscar alternativas compatibles cuando sea posible.

La sensibilidad debe extenderse también hacia las condiciones sociales.

Las dificultades económicas pueden permanecer invisibles dentro de una consulta.

Una persona puede sentir vergüenza de reconocer que no puede adquirir un medicamento o que carece de transporte para acudir a controles.

El profesional sensible genera espacios donde estas circunstancias pueden ser comunicadas sin culpabilización.

Identificar una barrera no siempre significa poder resolverla, pero permite evitar planes desconectados de las posibilidades reales de la persona.

Dolor, miedo e incertidumbre

El dolor constituye uno de los escenarios donde empatía, sensibilidad y compasión convergen.

Aunque posee mecanismos fisiológicos, su experiencia es individual.

Las expresiones de dolor varían y no deberían evaluarse exclusivamente a partir de la conducta observable.

Una respuesta empática comienza reconociendo aquello que la persona comunica y continúa mediante una valoración clínica adecuada.

Lo mismo ocurre con el miedo.

Un paciente puede experimentar temor ante una intervención que, desde el punto de vista profesional, resulta rutinaria.

Minimizar ese miedo debido a la experiencia del profesional puede producir una respuesta deshumanizada.

La familiaridad del trabajador sanitario con un procedimiento no elimina su significado para quien lo experimenta por primera vez.

La incertidumbre también requiere sensibilidad.

No todas las situaciones permiten proporcionar respuestas definitivas. Cuando existe incertidumbre diagnóstica o terapéutica, la compasión no consiste en transmitir falsas certezas.

Puede consistir en reconocer honestamente aquello que no se conoce y explicar qué acciones se desarrollarán para avanzar.

La honestidad forma parte del cuidado compasivo.

Empatía ante información difícil

La comunicación de un diagnóstico grave representa un momento particularmente sensible.

La persona puede experimentar una respuesta emocional intensa que dificulte procesar información.

La empatía permite adaptar el ritmo de la interacción.

No siempre resulta conveniente proporcionar toda la información disponible de una sola vez.

Cuando la situación clínica lo permite, puede ser necesario explicar progresivamente, observar la respuesta y ofrecer oportunidades para formular preguntas.

El silencio también puede formar parte del encuentro.

La empatía no obliga a llenar inmediatamente cada momento con información.

En ocasiones, permitir que la persona procese aquello que acaba de escuchar constituye una respuesta más apropiada.

Empatía y compasión en enfermedades crónicas

Las enfermedades crónicas pueden generar formas de sufrimiento relacionadas con la carga acumulativa del tratamiento.

Consultas frecuentes, medicamentos, cambios de hábitos y vigilancia constante pueden producir cansancio.

Una atención empática intenta comprender esta carga.

El profesional puede explorar qué elementos resultan particularmente difíciles y establecer prioridades.

La compasión, en este escenario, puede expresarse mediante simplificación de procesos cuando clínicamente sea posible, adaptación de objetivos y coordinación del cuidado.

Este enfoque evita interpretar todas las dificultades de seguimiento como falta de voluntad.

Cuidados paliativos y presencia profesional

En los cuidados paliativos, la empatía y la compasión poseen especial relevancia.

La ausencia de una intervención curativa no elimina el valor de la presencia profesional.

El alivio del dolor, control de síntomas, apoyo en decisiones y acompañamiento continúan siendo componentes esenciales.

La compasión en este contexto no consiste en evitar conversaciones difíciles.

Puede requerir precisamente mantener conversaciones honestas sobre objetivos y límites terapéuticos.

La sensibilidad permite adaptar estas conversaciones a las necesidades emocionales y culturales de cada persona.

Límites profesionales y sostenibilidad de la empatía

La empatía clínica necesita límites.

El profesional no puede asumir como propio el sufrimiento de todas las personas atendidas.

Una identificación excesiva puede dificultar el razonamiento y contribuir al desgaste.

Comprender no significa fusionarse emocionalmente con la experiencia del paciente.

Los límites permiten mantener disponibilidad emocional sin abandonar responsabilidad profesional.

Esta consideración también resulta importante para analizar la denominada *fatiga por compasión*. El desgaste experimentado por profesionales expuestos constantemente al

sufrimiento no debe atribuirse exclusivamente a una supuesta incapacidad para manejar emociones.

Cargas excesivas, déficit de personal, exposición prolongada a situaciones críticas y falta de apoyo institucional pueden contribuir considerablemente.

Por ello, el bienestar profesional necesita una respuesta organizacional y no únicamente individual.

Organizaciones sensibles y compasivas

La compasión puede convertirse en una característica de la organización.

Una institución puede disminuir sufrimiento mediante procesos más claros, reducción de trámites innecesarios, mejor privacidad y coordinación adecuada.

Esto demuestra que la humanización no depende exclusivamente de las relaciones individuales.

La OMS ha situado la compasión dentro de una perspectiva de transformación del sistema, cultura y liderazgo (WHO, 2025).

Una organización verdaderamente sensible debería analizar qué elementos de sus propios procesos generan sufrimiento evitable.

El tiempo de espera, la desorientación o la necesidad de repetir continuamente la misma información pueden producir experiencias negativas incluso cuando los profesionales individuales ofrecen un trato adecuado.

Formación de competencias empáticas y compasivas

Empatía, sensibilidad y compasión pueden desarrollarse mediante formación.

No deberían considerarse únicamente rasgos innatos.

La simulación, análisis de casos, narrativas de pacientes y reflexión sobre experiencias clínicas pueden fortalecer estas competencias.

Sin embargo, enseñar empatía no debería reducirse a memorizar frases.

Las respuestas mecánicas pueden percibirse fácilmente.

La formación debe ayudar a observar, comprender y responder.

También necesita desarrollar conciencia sobre límites profesionales.

La competencia relacional incluye saber cuándo escuchar, cuándo intervenir y cuándo solicitar apoyo especializado.

Evaluación del cuidado empático y compasivo

La medición de empatía y compasión presenta dificultades.

Existen instrumentos autoinformados, evaluaciones realizadas por pacientes y herramientas observacionales.

Sin embargo, los estudios pueden estar evaluando componentes diferentes bajo la misma denominación.

Nembhard et al. (2023) destacan precisamente la heterogeneidad existente en la conceptualización y medición de la empatía sanitaria.

Por ello, ninguna escala debería interpretarse de forma aislada.

La combinación de información cuantitativa y cualitativa puede proporcionar una comprensión más amplia.

Los relatos de pacientes permiten identificar cómo comportamientos específicos son experimentados en situaciones concretas.

Integración de empatía, compasión y sensibilidad

La atención humanizada requiere combinar estos tres componentes.

La empatía permite comprender.

La sensibilidad permite reconocer cuándo esa comprensión exige adaptación.

La compasión impulsa una respuesta orientada a disminuir sufrimiento.

Ninguno sustituye la competencia científica.

El cuidado necesita integrar precisión clínica y capacidad relacional.

Un profesional puede tomar una decisión difícil y continuar actuando de manera empática.

Una intervención puede ser necesariamente dolorosa y realizarse con sensibilidad.

La compasión no implica eliminar todos los procedimientos desagradables, sino reducir aquello que no resulta necesario y acompañar aquello que sí lo es.

Síntesis integradora

Empatía, compasión y sensibilidad representan dimensiones complementarias del cuidado humanizado. Permiten reconocer que la persona que recibe atención no experimenta únicamente signos, síntomas y procedimientos, sino también emociones, incertidumbres, valores y necesidades particulares.

La evidencia contemporánea señala una relación frecuente entre empatía y experiencias asistenciales positivas, aunque la heterogeneidad metodológica exige evitar interpretaciones causales simplificadas (Nembhard et al., 2023). Asimismo, la literatura reciente reconoce la compasión como un componente relevante de una práctica sanitaria humanista y como una

característica que puede extenderse hacia la cultura institucional (Marshman et al., 2024; WHO, 2025).

La humanización requiere, por tanto, profesionales capaces de comprender y organizaciones capaces de responder.

La empatía sin posibilidad de acción puede resultar limitada; la compasión sin competencia científica puede resultar insegura; y la sensibilidad sin valoración individual puede convertirse en estereotipo.

Cuando estas dimensiones se integran con evidencia, seguridad y respeto, permiten construir un cuidado en el que la persona percibe que su experiencia ha sido reconocida y que sus necesidades son consideradas dentro de las decisiones asistenciales.

Número de palabras: aproximadamente 2.700.

2.4. Participación del paciente y la familia en la toma de decisiones

La participación del paciente constituye uno de los fundamentos de los modelos contemporáneos de atención centrada en la persona. Su importancia parte del reconocimiento de que las decisiones sanitarias no afectan únicamente variables biológicas, sino que pueden modificar la funcionalidad, autonomía, relaciones, actividades cotidianas y proyecto de vida. Por ello, cuando existen alternativas clínicamente razonables, los valores, preferencias y objetivos individuales deben formar parte del proceso mediante el cual se selecciona una intervención.

La toma de decisiones compartida constituye una de las principales expresiones prácticas de esta participación. Puede comprenderse como un proceso colaborativo en el que profesional y paciente identifican una decisión, analizan las opciones disponibles, consideran beneficios y riesgos y relacionan esta información con las prioridades de la persona antes de adoptar una alternativa. Montori et al. (2023) plantean que esta práctica debe entenderse como un método de cuidado y no únicamente como una técnica de comunicación.

La familia puede ocupar también un lugar importante, especialmente cuando existen enfermedades crónicas, dependencia, hospitalización prolongada o situaciones complejas. Sin embargo, su participación debe desarrollarse de acuerdo con las preferencias del paciente y sin desplazar automáticamente su autonomía.

La Organización Mundial de la Salud ha destacado la participación de pacientes y familias como un componente relevante de la seguridad y de la transformación hacia modelos donde el cuidado se desarrolla con las personas y no únicamente para ellas (WHO, 2023).

De receptor de indicaciones a participante del cuidado

Los modelos paternalistas tradicionales otorgaban al profesional una posición predominante.

El fundamento de esta relación era la diferencia de conocimiento especializado.

Sin embargo, poseer conocimientos clínicos no significa conocer automáticamente qué resultados tienen mayor importancia para una persona.

El profesional puede explicar probabilidades y consecuencias.

El paciente, por su parte, conoce qué actividades desea preservar, qué riesgos considera aceptables y qué cargas está dispuesto a asumir.

La participación permite integrar estas perspectivas.

No disminuye la responsabilidad profesional.

La transforma en una función orientadora y deliberativa.

El profesional continúa siendo responsable de identificar alternativas seguras y proporcionar recomendaciones fundamentadas.

Participación no equivale solamente a información

Informar es necesario, pero no suficiente.

Una persona puede recibir una explicación extensa y continuar sin disponer de oportunidades reales para influir en una decisión.

Participar significa poder formular preguntas, expresar preferencias y conocer cuándo existen alternativas.

También requiere que estas preferencias sean consideradas cuando resultan clínicamente relevantes.

La participación puede adoptar distintos niveles.

Algunas personas desean intervenir ampliamente; otras prefieren recibir una recomendación profesional más definida.

Una atención centrada en la persona debería respetar también esta diferencia.

Obligar a una persona a decidir sin el apoyo que desea puede resultar tan poco centrado en ella como excluirla completamente.

Toma de decisiones compartida como proceso clínico

La toma de decisiones compartida resulta especialmente pertinente cuando existen varias opciones razonables y la elección depende parcialmente de cómo cada persona valora beneficios y riesgos.

El proceso puede comenzar reconociendo explícitamente que existe una decisión.

Después se presentan las alternativas y sus principales consecuencias.

El profesional aporta información basada en evidencia y la persona expresa aquello que considera importante.

La decisión final intenta integrar ambas dimensiones.

Hoque (2024) destaca que este proceso colaborativo busca vincular evidencia con preferencias, objetivos y valores individuales.

La decisión tampoco necesita adoptarse siempre de inmediato.

Cuando la condición clínica lo permite, la persona puede necesitar tiempo para reflexionar, revisar información o conversar con personas de confianza.

La posibilidad de tomarse ese tiempo puede mejorar la calidad del proceso decisional.

Responsabilidad orientadora del profesional

La participación no significa que el profesional deba retirarse de la decisión.

Presentar múltiples alternativas sin orientación puede aumentar incertidumbre.

La persona puede no poseer conocimientos suficientes para interpretar la relevancia clínica de cada opción.

Por ello, formular una recomendación continúa siendo una responsabilidad profesional.

La diferencia respecto del paternalismo se encuentra en que esa recomendación no elimina automáticamente la voz del paciente.

El profesional puede explicar por qué considera una alternativa más apropiada y explorar simultáneamente si sus consecuencias son compatibles con las prioridades individuales.

La decisión compartida combina recomendación y deliberación.

Valores y preferencias como información clínica relevante

Las preferencias pueden reflejar valores relacionados con independencia, longevidad, funcionalidad, control de síntomas o calidad de vida.

Estas dimensiones adquieren especial importancia cuando las alternativas disponibles presentan balances diferentes entre beneficios y cargas.

Una persona puede priorizar el máximo beneficio clínico posible aun aceptando efectos adversos significativos.

Otra puede valorar especialmente mantener determinadas actividades y preferir una intervención menos intensiva.

Cuando ambas alternativas son clínicamente razonables, estas diferencias deben ser consideradas.

La decisión compartida convierte los valores personales en información relevante para seleccionar una estrategia terapéutica.

Comprensión y participación informada

La participación requiere una oportunidad real de comprender.

La utilización de terminología compleja puede convertir una decisión aparentemente compartida en una decisión dominada por el profesional.

La información sobre riesgos y probabilidades exige especial cuidado.

Cuando sea posible, los riesgos deberían presentarse mediante formatos comprensibles y consistentes.

También puede ser útil emplear ejemplos o recursos visuales.

El objetivo no consiste en proporcionar la máxima cantidad de información posible.

Consiste en proporcionar aquella que resulta necesaria para comprender las diferencias relevantes entre alternativas.

La verificación de comprensión constituye una parte esencial.

El profesional no debería asumir que la ausencia de preguntas significa entendimiento.

Ayudas para la decisión

Las ayudas para la toma de decisiones pueden facilitar este proceso.

Estas herramientas presentan información estructurada sobre alternativas, beneficios, riesgos y cuestiones que la persona puede considerar.

Su utilidad reside en preparar o complementar la conversación.

No deberían sustituirla.

Una herramienta no puede interpretar completamente las prioridades individuales ni responder todas las preguntas.

Además, debe encontrarse actualizada, ser accesible y utilizar lenguaje comprensible.

Las herramientas digitales amplían las posibilidades de preparación previa, pero su utilización debe considerar brechas de acceso y alfabetización.

Participación familiar y límites

La familia puede desempeñar diferentes funciones.

Puede ofrecer apoyo emocional, ayudar a comprender o recordar información, aportar antecedentes y colaborar con actividades posteriores.

Sin embargo, su participación necesita límites claros.

Cuando el paciente posee capacidad para decidir, debe determinar quién desea que participe y en qué medida.

La presencia familiar no concede automáticamente autoridad sobre las decisiones.

Este principio resulta especialmente importante porque, en determinadas situaciones, los profesionales pueden comenzar a dirigir la conversación al acompañante en lugar de mantener a la persona como interlocutora principal.

La familia debería ampliar la capacidad de participación del paciente y no reemplazarla innecesariamente.

Cuando la persona desea decidir con su familia

La autonomía no siempre se ejerce de manera individual.

Algunas personas desean involucrar ampliamente a familiares en decisiones importantes.

Esta preferencia puede constituir una expresión legítima de autonomía.

La clave consiste en verificar que corresponde a la voluntad del paciente.

Las diferencias culturales pueden influir sobre el papel de la familia, pero no deben utilizarse para asumir automáticamente un modelo de decisión.

Preguntar quién desea que participe constituye una práctica más adecuada que decidirlo basándose únicamente en supuestos culturales.

Familia durante hospitalización y continuidad

Durante una hospitalización, la familia puede proporcionar información sobre funcionalidad, medicamentos y cambios recientes.

También puede ayudar a comprender las necesidades que existirán después del alta.

Cuando deberá asumir cuidados domiciliarios, su participación en las decisiones adquiere especial importancia porque necesita conocer aquello que será responsable de realizar.

Christensen et al. (2025) han explorado estrategias destinadas a hacer más explícita la negociación del grado de participación de pacientes y familiares durante la hospitalización, reflejando la necesidad de evitar supuestos sobre cuánto desea involucrarse cada participante.

Este principio resulta útil para toda atención familiar: **la participación debe negociarse y no simplemente presumirse**.

Participación, capacidad decisoria y apoyos

La capacidad para decidir puede encontrarse limitada temporal o permanentemente.

Sin embargo, una limitación no significa que la participación deba desaparecer completamente.

Puede ser posible adaptar la información, utilizar recursos visuales, simplificar las alternativas o proporcionar más tiempo.

La capacidad debe valorarse en relación con la decisión concreta.

Cuando la persona no puede tomar determinada decisión, los representantes deberían orientar sus actuaciones hacia los valores y preferencias previamente expresados y los mejores intereses del paciente.

La finalidad consiste en preservar su identidad dentro del proceso asistencial.

Personas mayores

En las personas mayores, la participación debe valorarse individualmente.

La edad no determina incapacidad.

Puede ser necesario adaptar la velocidad de las explicaciones o considerar dificultades sensoriales.

La familia puede colaborar cuando la persona lo desea.

Sin embargo, debe evitarse excluir automáticamente al paciente de las conversaciones.

Los objetivos relacionados con autonomía, funcionalidad y carga terapéutica pueden adquirir particular importancia en esta población.

La toma de decisiones compartida permite incorporarlos al razonamiento clínico.

Pediatría y participación progresiva

La atención pediátrica posee características particulares porque padres o representantes tienen responsabilidades importantes.

Sin embargo, niños y adolescentes también pueden participar de acuerdo con su desarrollo y capacidades.

Escuchar sus dudas y preferencias puede reducir ansiedad y mejorar la experiencia.

Conforme aumenta la capacidad de comprensión, la participación puede ser progresivamente mayor.

El enfoque centrado en la familia no debería invisibilizar la voz del menor.

La decisión debe articular protección, responsabilidad parental y participación progresiva.

Enfermedades crónicas y multimorbilidad

En enfermedades crónicas, las decisiones no ocurren una sola vez.

Los tratamientos pueden necesitar ajustes continuos.

Esto convierte la participación en un proceso longitudinal.

El paciente desarrolla conocimiento sobre la enfermedad y sobre la forma en que el tratamiento afecta su vida.

La multimorbilidad aumenta todavía más la necesidad de priorizar.

Aplicar automáticamente cada recomendación correspondiente a cada enfermedad puede generar una carga excesiva.

La toma de decisiones compartida permite establecer cuáles objetivos merecen mayor prioridad.

Puede ser necesario simplificar tratamientos o aceptar diferentes niveles de control para preservar funcionalidad o disminuir efectos adversos.

Estas decisiones requieren evidencia y conocimiento de la vida del paciente.

Cuidados paliativos y decisiones de alta sensibilidad

En enfermedades avanzadas, las decisiones pueden estar relacionadas con objetivos especialmente sensibles.

El profesional necesita explicar pronóstico, alternativas y posibles cargas.

La persona aporta su definición de calidad de vida y sus prioridades.

La familia puede desempeñar una función importante cuando el paciente así lo desea.

Sin embargo, también pueden existir desacuerdos.

Los familiares pueden solicitar intervenciones que la persona no desea o mantener expectativas diferentes.

En estos escenarios, la toma de decisiones compartida proporciona un marco para clarificar valores y objetivos.

Cuando existe complejidad ética, puede resultar necesaria la participación de otros profesionales o instancias de deliberación.

Participación durante decisiones urgentes

La toma de decisiones compartida no puede aplicarse de manera idéntica en todas las circunstancias.

Durante una emergencia vital puede ser necesario actuar antes de desarrollar una deliberación extensa.

La urgencia modifica el nivel posible de participación.

Sin embargo, incluso en estos escenarios pueden preservarse determinados componentes cuando el tiempo lo permite.

Puede proporcionarse información breve antes de intervenir o explicar posteriormente aquello que se realizó.

La participación debe adaptarse a la situación clínica sin perder su fundamento ético.

Barreras para la participación efectiva

La toma de decisiones compartida continúa enfrentando obstáculos.

La falta de tiempo constituye uno de ellos.

También influyen el lenguaje técnico, culturas profesionales paternalistas, limitada alfabetización en salud y ausencia de herramientas apropiadas.

Algunos pacientes pueden sentirse incapaces de cuestionar una recomendación debido a la diferencia de conocimiento y autoridad.

La asimetría de poder existe incluso cuando el profesional declara estar abierto a preguntas.

La forma de presentar una decisión puede disminuir o reforzar esa asimetría.

Expresar que existen varias alternativas razonables y que las preferencias personales son relevantes crea un contexto diferente de presentar una opción como inevitable cuando no lo es.

Chen et al. (2025) continúan identificando comunicación, confianza y condiciones organizacionales entre los factores que influyen sobre la implementación de decisiones compartidas.

Barreras lingüísticas y culturales

La participación puede verse seriamente limitada cuando no existe un idioma suficientemente compartido.

Las decisiones complejas requieren explicar matices y probabilidades.

El uso de familiares como intérpretes puede presentar limitaciones relacionadas con exactitud, privacidad y posible influencia sobre las decisiones.

Los intérpretes profesionales constituyen una alternativa preferible cuando se encuentran disponibles.

Las diferencias culturales también pueden influir en las expectativas sobre el papel del profesional y la familia.

El enfoque más adecuado consiste en explorar estas preferencias directamente.

Condiciones sociales y libertad real de elección

Las decisiones están condicionadas por las posibilidades disponibles.

Una persona puede elegir una alternativa menos conveniente porque no puede asumir los costos o desplazamientos asociados con otra.

En ese caso, resulta importante distinguir entre una preferencia auténtica y una elección restringida por una barrera potencialmente evitable.

La equidad forma parte de una participación real.

El profesional debe explorar estas condiciones cuando resultan relevantes.

No siempre será posible resolver la limitación, pero reconocerla evita interpretar la decisión de manera descontextualizada.

Participación y seguridad

Los pacientes y familiares pueden contribuir a detectar discrepancias, comunicar alergias o advertir cambios.

La OMS ha reconocido su participación dentro de las estrategias internacionales destinadas a fortalecer la seguridad (WHO, 2023).

Sin embargo, esta participación no debe utilizarse para trasladar al paciente la responsabilidad de evitar errores.

Los sistemas sanitarios continúan siendo responsables de diseñar procesos seguros.

La participación constituye una capa complementaria.

Este principio es importante porque el empoderamiento del paciente no puede convertirse en abandono institucional.

Participación más allá de las decisiones clínicas

La participación también puede extenderse a la planificación y evaluación de servicios.

Pacientes y familiares poseen una perspectiva única del recorrido asistencial.

Pueden identificar problemas relacionados con orientación, continuidad y comunicación que no siempre resultan visibles desde la organización.

La OMS ha promovido la participación de pacientes y familias en iniciativas relacionadas con seguridad y mejora de los servicios (WHO, 2024).

Sin embargo, esta participación debe ser auténtica.

Incorporar representantes únicamente para cumplir formalmente un requisito puede generar una participación simbólica.

Los usuarios necesitan conocer qué aspectos pueden influir y cómo serán considerados sus aportes.

Tecnología como apoyo, no sustitución de la deliberación

Las herramientas digitales pueden facilitar acceso a información y preparación previa para las decisiones.

Sin embargo, no deberían convertirse en el único medio disponible.

Las diferencias de conectividad y habilidades pueden producir exclusión.

La inteligencia artificial también puede ofrecer recomendaciones o cálculos de riesgo.

No obstante, una predicción algorítmica no determina por sí sola cuál es la mejor decisión para una persona.

Los valores y preferencias continúan requiriendo una deliberación humana.

Por ello, la tecnología puede apoyar, pero no reemplazar, el proceso de decisión compartida.

Participación familiar y riesgo de sobrecarga

La familia puede contribuir a la continuidad, pero el sistema no debe asumir automáticamente que estará disponible para proporcionar cuidados complejos.

Antes del alta resulta necesario conocer qué responsabilidades puede asumir y qué preparación necesita.

La participación familiar sostenible requiere reconocer límites.

Delegar cuidados sin formación suficiente puede generar inseguridad y sobrecarga.

La familia debe participar como colaboradora dentro de un sistema que continúa manteniendo sus propias responsabilidades.

Formación profesional para la toma de decisiones compartida

La capacidad de desarrollar decisiones compartidas requiere formación.

El profesional necesita aprender a presentar opciones, explicar probabilidades, explorar preferencias y manejar desacuerdos.

Estas competencias no aparecen automáticamente como consecuencia del conocimiento científico.

La simulación y análisis de casos pueden contribuir a desarrollarlas.

También resulta importante reconocer cuándo existe una decisión sensible a preferencias.

No toda situación clínica presenta varias opciones igualmente razonables.

Cuando una intervención resulta claramente necesaria para responder a una emergencia, el margen deliberativo puede ser diferente.

La calidad consiste en adaptar el modelo a la naturaleza de la decisión.

Evaluación de la participación

Determinar si la participación ocurre realmente requiere evaluación.

La satisfacción del paciente puede proporcionar información, pero resulta insuficiente.

Pueden analizarse elementos más específicos: si la persona comprendió que existían opciones, si recibió información sobre riesgos y beneficios, si pudo expresar aquello que consideraba importante y si percibió que su perspectiva influyó sobre la decisión.

Los métodos cualitativos también permiten comprender experiencias.

La finalidad de medir no debería ser únicamente producir indicadores.

Debe servir para identificar barreras y mejorar procesos.

Participación y resultados del cuidado

La evidencia sobre toma de decisiones compartida muestra beneficios especialmente relacionados con conocimiento, calidad de la decisión y alineación entre opciones y preferencias, mientras que sus efectos sobre resultados clínicos pueden variar entre poblaciones e intervenciones (Montori et al., 2023; Hoque, 2024).

Esta variabilidad no disminuye su importancia.

La participación posee también un valor ético.

Cuando existen varias alternativas clínicamente válidas, seleccionar aquella compatible con los valores del paciente representa un resultado relevante incluso si los desenlaces biomédicos esperados son semejantes.

Por ello, la calidad de una decisión no puede evaluarse únicamente por el resultado final.

También importa cómo se llegó a ella.

Responsabilidad compartida sin pérdida de roles

Profesional, paciente y familia no poseen responsabilidades idénticas.

El profesional mantiene responsabilidad científica y clínica.

El paciente aporta su experiencia, valores y decisiones.

La familia participa cuando resulta apropiado y aceptado.

La corresponsabilidad no significa diluir obligaciones.

Significa coordinar contribuciones diferentes alrededor de un objetivo común.

Este equilibrio evita dos extremos: el paternalismo, que excluye a la persona, y la transferencia excesiva de responsabilidad, que abandona al paciente frente a decisiones complejas.

Síntesis integradora

La participación del paciente y la familia representa una dimensión esencial de la atención humanizada porque transforma las decisiones sanitarias en procesos que incorporan tanto evidencia científica como preferencias y circunstancias individuales.

La toma de decisiones compartida permite reconocer que el profesional posee conocimientos especializados, pero que solamente la persona puede determinar completamente el significado que determinados beneficios, riesgos y cargas poseen dentro de su vida.

Montori et al. (2023) y Hoque (2024) destacan precisamente el carácter colaborativo de este proceso y su capacidad para integrar conocimiento clínico con objetivos personales.

La participación familiar puede fortalecer comprensión y continuidad, pero necesita desarrollarse alrededor de la voluntad del paciente. La familia debe apoyar sin sustituir innecesariamente la voz de quien recibe atención.

Asimismo, la participación no debe utilizarse como mecanismo para transferir responsabilidades del sistema. El paciente no es responsable de coordinar servicios fragmentados ni de prevenir por sí mismo errores asistenciales.

Una participación auténtica requiere **información comprensible, oportunidades reales de intervención, reconocimiento de valores y una relación en la que el profesional continúe proporcionando orientación científica**.

Cuando estos elementos se integran, la decisión deja de ser un acto exclusivamente profesional o exclusivamente individual y se convierte en un proceso de cuidado compartido. Este modelo fortalece la autonomía sin abandonar la responsabilidad clínica y permite que pacientes y familias participen de manera proporcional, informada y respetuosa dentro de la atención sanitaria.

2.5. Atención de las necesidades emocionales durante la enfermedad

La enfermedad constituye una experiencia que trasciende las alteraciones biológicas y puede afectar de manera significativa el bienestar emocional de la persona. Recibir un diagnóstico, experimentar dolor, someterse a procedimientos, perder temporalmente la autonomía o enfrentar incertidumbre sobre el futuro puede generar miedo, tristeza, preocupación, frustración, irritabilidad o sensación de pérdida de control. Estas respuestas no deben interpretarse automáticamente como trastornos psicológicos, pues en muchos casos representan reacciones comprensibles frente a una situación que amenaza la salud, la funcionalidad o el proyecto de vida.

La atención integral requiere reconocer esta dimensión emocional como parte legítima del cuidado. Esto no significa convertir toda experiencia de malestar en un diagnóstico de salud mental ni atribuir a todos los profesionales funciones propias de especialistas. Significa incorporar el bienestar emocional dentro de la valoración habitual, identificar señales de sufrimiento significativo y desarrollar respuestas proporcionales a las necesidades de cada persona.

La Organización Mundial de la Salud ha señalado la necesidad de integrar la salud mental dentro de los sistemas generales de atención, superando modelos fragmentados que separan excesivamente el bienestar psicológico de la salud física (World Health Organization [WHO], 2022). Esta integración resulta especialmente relevante en enfermedades crónicas, hospitalizaciones prolongadas, condiciones graves y procesos que producen cambios importantes en la vida cotidiana.

La enfermedad como experiencia emocional

El significado emocional de una enfermedad depende de múltiples factores. El diagnóstico, por sí mismo, no determina cómo reaccionará una persona. Influyen experiencias previas, edad, pronóstico, apoyo familiar, condiciones económicas, responsabilidades personales y recursos disponibles para afrontar la situación.

Por ello, dos personas con una condición clínica semejante pueden experimentar respuestas emocionales muy diferentes. Una puede concentrar su preocupación en el dolor; otra, en perder independencia; otra, en no poder trabajar; y otra, en convertirse en una carga para su familia. Esta diversidad demuestra la necesidad de valorar las preocupaciones desde una perspectiva individual y no mediante supuestos generales.

La literatura contemporánea sobre enfermedad crónica y salud mental ha reforzado la importancia de considerar conjuntamente la carga física y emocional, dado que ambas dimensiones pueden interactuar y modificar la experiencia del tratamiento, el funcionamiento y la calidad de vida (WHO, 2022).

La atención humanizada necesita, por tanto, explorar aquello que realmente preocupa a la persona y evitar asumir que todas las personas con un mismo diagnóstico experimentarán el proceso de manera semejante.

Miedo, ansiedad e incertidumbre

El miedo constituye una de las respuestas emocionales más frecuentes durante la enfermedad. Puede relacionarse con procedimientos, dolor, resultados diagnósticos, posibilidad de discapacidad, efectos adversos o muerte. En muchas situaciones, el miedo también se origina en aquello que la persona desconoce.

La incertidumbre clínica puede convertirse en una fuente importante de sufrimiento. Esperar resultados, desconocer la evolución de una enfermedad o no saber cuánto durará una hospitalización puede producir una carga emocional considerable.

La respuesta profesional no debería consistir en transmitir falsas certezas. Cuando existe incertidumbre, debe comunicarse de manera responsable, explicando qué se conoce, qué permanece incierto y cuáles serán los siguientes pasos.

Este tipo de información puede no eliminar completamente el miedo, pero puede disminuir la sensación de desorientación.

La ansiedad relacionada con procedimientos merece especial atención. Una intervención rutinaria para el profesional puede ser completamente desconocida para el paciente. Explicar qué ocurrirá, cuánto puede durar y qué sensaciones pueden aparecer permite disminuir parte de la incertidumbre.

Cuando la ansiedad es intensa, persistente o interfiere con el tratamiento, puede ser necesaria una valoración específica y eventualmente la participación de profesionales de salud mental. La atención integral requiere precisamente reconocer cuándo el apoyo general resulta suficiente y cuándo una necesidad excede ese nivel.

Tristeza, pérdida y adaptación a la enfermedad

La enfermedad puede implicar múltiples pérdidas: movilidad, independencia, capacidad laboral, participación social o modificación de actividades significativas. Estas pérdidas pueden generar tristeza y procesos de adaptación complejos.

No toda tristeza constituye depresión.

Este principio es fundamental para evitar una patologización innecesaria de respuestas humanas comprensibles. Sin embargo, también sería incorrecto considerar toda tristeza como normal sin valorar intensidad, duración e impacto funcional.

La adaptación a la enfermedad tampoco debe entenderse como un proceso lineal. Una persona puede mostrar inicialmente buena capacidad de afrontamiento y posteriormente experimentar mayor dificultad ante una complicación, una recaída o cambios en el tratamiento.

Por ello, las necesidades emocionales deben reevaluarse durante la evolución y no únicamente en el momento inicial del diagnóstico.

La continuidad asistencial permite identificar estos cambios y ajustar las intervenciones de apoyo.

Pérdida de control y autonomía

La hospitalización y determinadas condiciones de enfermedad pueden generar una sensación significativa de pérdida de control. Los horarios, procedimientos y decisiones institucionales pueden modificar rutinas que anteriormente dependían de la persona.

La dependencia temporal para actividades básicas también puede producir frustración, irritabilidad o vergüenza.

Una atención humanizada debe intentar preservar todas las posibilidades razonables de elección.

Aunque el paciente no pueda decidir sobre determinados aspectos clínicos urgentes, puede participar en otros componentes de su cuidado, como preferencias de información, presencia de familiares o actividades cotidianas.

Estas oportunidades pueden parecer pequeñas desde la perspectiva institucional, pero contribuyen a mantener sensación de autonomía.

La dimensión emocional y la autonomía, por tanto, se encuentran estrechamente relacionadas.

Hospitalización y carga emocional

La hospitalización constituye un escenario particularmente importante para comprender las necesidades emocionales. La separación del entorno habitual, alteración del sueño, ruido, incertidumbre y exposición repetida a procedimientos pueden aumentar el malestar.

En personas mayores o pacientes con estancias prolongadas, estos factores pueden adquirir aún mayor relevancia.

La atención emocional no depende únicamente de una intervención psicológica formal. También está relacionada con la organización del entorno.

Proporcionar orientación, explicar rutinas, proteger periodos de descanso y facilitar vínculos significativos cuando sea posible puede disminuir parte del estrés asociado con la hospitalización.

La experiencia emocional del paciente se construye tanto a través de las relaciones humanas como mediante las condiciones materiales en las que ocurre la atención.

Enfermedades crónicas y carga emocional sostenida

Las enfermedades crónicas generan desafíos particulares porque obligan a incorporar el tratamiento dentro de la vida cotidiana durante periodos prolongados. Medicamentos, controles, cambios en hábitos y vigilancia de síntomas pueden convertirse en una carga sostenida.

Esta carga puede producir cansancio emocional y sensación de agotamiento frente al tratamiento.

En algunas enfermedades se utiliza el concepto de *distress* específico de la condición para describir un malestar relacionado con las exigencias cotidianas del manejo de la enfermedad, diferenciándolo de un trastorno psiquiátrico formal.

Esta distinción posee importancia clínica porque permite reconocer que una persona puede necesitar apoyo aunque no cumpla criterios para un diagnóstico de salud mental.

La atención centrada en la persona debe explorar qué componentes del tratamiento resultan especialmente difíciles y, cuando sea posible, simplificar o reorganizar las intervenciones.

Un plan técnicamente adecuado puede fracasar si genera una carga imposible de sostener.

Enfermedad grave y amenaza al proyecto de vida

Las enfermedades graves pueden modificar las expectativas de futuro.

La persona puede preocuparse por supervivencia, dependencia, trabajo, hijos, pareja o responsabilidades pendientes.

Estas preocupaciones no constituyen asuntos externos al cuidado.

Forman parte de la experiencia de enfermedad y pueden influir sobre las decisiones.

El profesional no siempre podrá resolver estos problemas, pero reconocerlos permite comprender mejor las prioridades y orientar apoyo hacia las disciplinas adecuadas.

En determinados casos puede resultar necesaria la participación de psicología, trabajo social, cuidados paliativos u otros servicios.

La integralidad requiere precisamente identificar cuándo una necesidad necesita una respuesta interdisciplinaria.

Recurrencia, progresión y reaparición del malestar

Las necesidades emocionales no terminan después de la adaptación inicial.

Una persona que había desarrollado mecanismos adecuados de afrontamiento puede experimentar nuevamente temor o tristeza ante una recaída, progresión o cambio pronóstico.

Esto demuestra que el apoyo emocional debe considerarse dinámico.

Los momentos de transición clínica constituyen oportunidades importantes para reevaluar el bienestar.

La continuidad facilita esta valoración porque permite comparar la situación actual con etapas anteriores.

El cuidado emocional debe, por tanto, acompañar la trayectoria y no limitarse a un único momento.

Imagen corporal, autoestima e identidad

Algunas enfermedades y tratamientos producen modificaciones visibles en el cuerpo. Cirugías, amputaciones, cicatrices, pérdida de cabello o cambios significativos de peso pueden afectar la percepción corporal y la identidad.

La repercusión no es igual para todas las personas.

Una modificación considerada menor desde la perspectiva médica puede ser profundamente significativa para quien la experimenta.

La atención humanizada evita minimizar estas preocupaciones.

La imagen corporal puede influir en autoestima, relaciones sociales e intimidad. Cuando existe un impacto significativo, puede requerirse orientación específica y apoyo especializado.

Reconocer esta dimensión forma parte de respetar la dignidad y singularidad de cada persona.

Dependencia y temor a convertirse en una carga

Las personas que necesitan apoyo prolongado pueden experimentar preocupación por convertirse en una carga para sus familiares.

Este temor puede influir sobre decisiones relacionadas con cuidados, alta o aceptación de ayuda.

Algunos pacientes pueden incluso minimizar necesidades para evitar preocupar a otros.

La respuesta no debería limitarse a asegurar verbalmente que la persona "no es una carga".

Resulta más útil analizar qué apoyos existen, qué responsabilidades pueden distribuirse y cuáles podrían necesitar recursos adicionales.

La validación emocional adquiere mayor valor cuando se acompaña de una evaluación realista de la situación.

Familia y entorno emocional

La enfermedad también puede generar necesidades emocionales en familiares y cuidadores.

Miedo, incertidumbre, estrés y agotamiento pueden aparecer cuando una persona cercana atraviesa una enfermedad grave o requiere cuidados continuos.

El bienestar del paciente y el de su entorno pueden estar relacionados.

Sin embargo, esto no significa que las necesidades familiares deban desplazar las preferencias del paciente.

Cuando existe autorización, proporcionar información y orientación puede disminuir incertidumbre y fortalecer la continuidad.

La atención debe también reconocer signos de sobrecarga.

Los cuidadores no constituyen recursos ilimitados y pueden necesitar apoyo.

Soledad, aislamiento y vínculos significativos

La enfermedad puede disminuir la participación social.

Hospitalizaciones prolongadas, limitaciones físicas o tratamientos que requieren aislamiento pueden reducir el contacto con personas significativas.

La soledad puede convertirse entonces en una dimensión del sufrimiento.

Debe diferenciarse el aislamiento clínicamente necesario del aislamiento emocional evitable.

Cuando existen restricciones, pueden utilizarse alternativas para mantener vínculos, incluyendo tecnologías de comunicación cuando resulten apropiadas.

Sin embargo, no todas las personas necesitan el mismo grado de contacto.

La valoración debe seguir siendo individual.

Detección de necesidades emocionales

No todas las personas expresan espontáneamente aquello que sienten.

Algunas consideran que sus emociones no corresponden al ámbito sanitario. Otras pueden sentir temor de ser juzgadas.

Por esta razón, incorporar preguntas básicas sobre bienestar emocional dentro de la valoración puede facilitar la detección.

Preguntas relacionadas con preocupación, estado de ánimo, sueño, capacidad para afrontar la situación o aquello que genera mayor temor pueden proporcionar información relevante.

Cuando se identifican señales de mayor complejidad, pueden utilizarse instrumentos validados y, cuando corresponda, realizar una derivación.

La detección debe estar vinculada con capacidad de respuesta. Explorar sistemáticamente una necesidad sin disponer de ningún mecanismo para atenderla puede generar frustración tanto en pacientes como en profesionales.

Evitar patologización y subestimación

La valoración emocional debe evitar dos extremos.

El primero consiste en patologizar toda respuesta humana frente a la enfermedad.

El segundo consiste en normalizar todo malestar hasta ignorar condiciones que necesitan intervención.

Miedo antes de una cirugía o tristeza después de una pérdida funcional pueden ser respuestas esperables.

Sin embargo, una ansiedad intensa, persistente o incapacitante puede necesitar evaluación especializada.

El seguimiento permite distinguir mejor estas situaciones.

La atención integral se basa precisamente en esta capacidad para reconocer el sufrimiento sin transformarlo automáticamente en enfermedad y, al mismo tiempo, identificar oportunamente situaciones que requieren mayor apoyo.

Apoyo emocional dentro del equipo de salud

Todos los profesionales sanitarios pueden proporcionar determinadas formas de apoyo emocional dentro de sus competencias.

Reconocer una preocupación, proporcionar información comprensible y evitar juicios forman parte de una atención humanizada.

Sin embargo, existen límites.

Cuando aparecen síntomas persistentes, crisis importantes o necesidades complejas, debe facilitarse el acceso a profesionales especializados.

La integración de psicología, psiquiatría, trabajo social y otras disciplinas permite responder de manera proporcional.

La atención emocional no exige que todos realicen las mismas funciones.

Exige que el sistema sea capaz de detectar, apoyar y derivar.

Necesidades emocionales, seguridad y continuidad

El malestar emocional también puede influir sobre la manera en que la persona utiliza los servicios.

Una persona con miedo intenso puede evitar consultas o procedimientos.

Otra puede tener dificultades para procesar indicaciones debido a niveles elevados de ansiedad.

Esto puede afectar continuidad y seguridad.

Sin embargo, los problemas no deben explicarse únicamente desde el estado emocional.

También pueden existir barreras sociales, económicas u organizacionales.

La valoración integral permite comprender estas interacciones y evitar explicaciones simplistas.

Equidad en el acceso al apoyo emocional

No todas las personas poseen acceso semejante a servicios de apoyo psicológico.

Las diferencias territoriales, económicas y culturales pueden limitar la disponibilidad.

También puede existir estigma relacionado con solicitar atención en salud mental.

La integración de la dimensión emocional dentro de los servicios generales puede contribuir a disminuir determinadas barreras, pero requiere recursos.

No es suficiente recomendar apoyo especializado cuando este no se encuentra disponible.

La equidad exige considerar qué opciones reales existen para cada persona.

Tecnología como complemento del apoyo emocional

Las tecnologías digitales pueden facilitar acceso a determinados recursos, seguimiento o intervenciones de apoyo.

Sin embargo, su utilización debe evaluarse según las necesidades y características de la persona.

Problemas de conectividad, privacidad o alfabetización digital pueden limitar su utilidad.

Además, las situaciones de elevada complejidad requieren valoración profesional adecuada.

La tecnología puede complementar el cuidado emocional, pero no sustituye automáticamente las relaciones terapéuticas ni la capacidad del sistema para responder a situaciones de riesgo.

La atención emocional como componente de calidad

La capacidad de reconocer las necesidades emocionales constituye una dimensión de la calidad asistencial.

No debería evaluarse únicamente si una intervención fue técnicamente correcta.

También importa si la persona recibió apoyo suficiente para comprender y afrontar la experiencia.

Esto no significa eliminar todas las emociones negativas.

El sufrimiento puede formar parte inevitable de determinadas enfermedades.

La responsabilidad consiste en evitar sufrimiento innecesario, acompañar cuando sea posible y reconocer cuándo se necesita una respuesta especializada.

Síntesis integradora

Las necesidades emocionales forman parte inseparable de la experiencia de enfermedad. El miedo, la incertidumbre, la tristeza, la pérdida de control y la preocupación pueden aparecer en diferentes etapas y adquirir significados distintos según las circunstancias personales.

La atención integral requiere reconocer estas experiencias sin patologizarlas automáticamente y, al mismo tiempo, evitar que problemas significativos permanezcan sin identificar.

La integración entre salud física y mental constituye una prioridad para los sistemas contemporáneos y exige mecanismos de detección, apoyo, continuidad y derivación (WHO, 2022).

Las necesidades emocionales tampoco dependen exclusivamente de características individuales. El entorno asistencial, las condiciones sociales, la incertidumbre clínica, la dependencia y la disponibilidad de apoyo pueden intensificar o aliviar el malestar.

Por ello, cuidar emocionalmente significa **comprender cómo la persona vive la enfermedad, reconocer aquello que le genera mayor sufrimiento y proporcionar una respuesta proporcional dentro de las posibilidades clínicas y organizacionales disponibles**.

La atención de esta dimensión completa el sentido de una práctica humanizada: tratar la enfermedad sin ignorar la experiencia de quien la padece.

Número de palabras: aproximadamente 2.850.

2.6. Barreras para la humanización de los servicios sanitarios

La humanización constituye un principio ampliamente reconocido dentro de los modelos contemporáneos de atención. Sin embargo, convertirla en una característica estable de los servicios continúa siendo un desafío. Los profesionales pueden poseer formación adecuada y una disposición genuina hacia el cuidado respetuoso y, aun así, trabajar dentro de sistemas cuyas estructuras dificultan la continuidad, privacidad, participación y personalización.

Las barreras para la humanización surgen de la interacción entre factores organizacionales, profesionales, estructurales, tecnológicos y sociales. Por ello, no deben atribuirse únicamente a actitudes individuales. Janerka et al. (2023) muestran que la implementación sostenible de intervenciones centradas en la persona depende de múltiples factores relacionados con trabajadores, usuarios, características de las intervenciones y contexto institucional.

Esta perspectiva resulta fundamental porque obliga a superar explicaciones simplistas. La deshumanización puede expresarse mediante un trato irrespetuoso, pero también mediante procesos fragmentados, tiempos insuficientes, sistemas de información ineficientes o barreras que hacen difícil acceder y continuar el cuidado.

La humanización constituye, por tanto, una responsabilidad compartida entre profesionales, organizaciones y sistemas sanitarios.

Fragmentación, coordinación y continuidad

La fragmentación constituye una de las principales barreras estructurales.

Los sistemas modernos se organizan mediante especialidades y diferentes niveles de atención. Esta estructura permite ofrecer conocimiento altamente especializado, pero puede producir trayectorias desconectadas cuando no existe suficiente coordinación.

El paciente puede necesitar repetir su historia, trasladar información entre profesionales o recibir recomendaciones provenientes de varios servicios sin conocer cómo se relacionan entre sí.

En estas circunstancias, puede existir buena calidad técnica dentro de cada encuentro y, simultáneamente, una experiencia global deshumanizada.

La humanización necesita, por tanto, continuidad.

La Organización Mundial de la Salud incluye coordinación, continuidad e integralidad entre los fundamentos de los servicios centrados en las personas (World Health Organization [WHO], 2024).

Un sistema humanizado debería reducir la carga que representa para el paciente funcionar como intermediario entre diferentes partes del propio sistema.

La continuidad no exige necesariamente ser atendido siempre por el mismo profesional. También puede construirse mediante información accesible, objetivos compartidos y transiciones claramente planificadas.

Transiciones asistenciales y desconexión entre servicios

Los cambios entre hospital, atención primaria, rehabilitación y domicilio constituyen momentos especialmente vulnerables.

Durante el alta pueden modificarse medicamentos, indicaciones y responsabilidades.

Si estos cambios no se comunican adecuadamente, la persona puede experimentar inseguridad y sensación de abandono.

La desconexión entre hospital y comunidad representa una forma de fragmentación que afecta directamente la experiencia.

Humanizar implica considerar todo el recorrido y no únicamente el periodo en que el paciente permanece dentro de una institución.

La continuidad debe extenderse hacia aquello que ocurrirá después.

Cuando existen necesidades sociales o funcionales, también puede ser necesario coordinar servicios no estrictamente sanitarios.

Condiciones laborales y disponibilidad de recursos humanos

El cuidado humanizado requiere tiempo y disponibilidad profesional.

Escuchar, explicar y personalizar son actividades que no pueden desarrollarse adecuadamente cuando los profesionales trabajan permanentemente bajo una presión asistencial extrema.

El déficit de trabajadores puede generar mayores cargas, tiempos más reducidos y rotación frecuente.

Estas condiciones pueden deteriorar continuidad y disminuir oportunidades para establecer relaciones significativas.

La planificación de recursos humanos constituye, por ello, una dimensión estructural de la humanización.

No es coherente esperar una atención profundamente personalizada sin considerar cuántos pacientes debe atender cada profesional y con qué recursos cuenta.

Agotamiento profesional

El agotamiento constituye una barrera relevante porque puede afectar bienestar profesional y determinadas dimensiones de la calidad.

Hodkinson et al. (2022), en una revisión sistemática y metaanálisis, encontraron asociaciones entre agotamiento de médicos y distintos indicadores relacionados con calidad y seguridad.

Este hallazgo debe interpretarse con prudencia, pero muestra que las condiciones de quienes proporcionan atención pueden repercutir sobre el sistema.

La respuesta no debería centrarse únicamente en exigir mayor resiliencia individual.

Cuando las causas se relacionan con sobrecarga, falta de personal o procesos ineficientes, son necesarias modificaciones organizacionales.

Las estrategias individuales pueden complementar estas acciones, pero no sustituirlas.

Una cultura humanizada necesita considerar también a quienes cuidan.

Burocracia y carga administrativa

Los sistemas sanitarios requieren documentación.

Los registros permiten continuidad, comunicación y seguridad.

El problema aparece cuando las tareas administrativas consumen una proporción excesiva del tiempo y no aportan valor proporcional al cuidado.

La duplicación de información, formularios redundantes y sistemas poco intuitivos pueden desplazar atención.

La burocracia se convierte entonces en una barrera indirecta para la humanización.

El objetivo no debería ser eliminar documentación, sino optimizarla.

Cada proceso administrativo debería justificar su existencia mediante contribuciones reales a seguridad, coordinación o gestión.

La transformación digital también debe evaluarse desde este criterio.

Un registro electrónico que simplemente reproduce procesos innecesarios no constituye innovación.

Productividad y calidad del cuidado

Los sistemas necesitan eficiencia.

Sin embargo, cuando la productividad se mide exclusivamente mediante cantidad de consultas o procedimientos, pueden quedar invisibilizadas actividades fundamentales como educación, coordinación y escucha.

La humanización exige equilibrar indicadores de volumen con calidad, seguridad y experiencia.

Esto no significa abandonar la productividad.

Significa evitar que sea el único criterio para evaluar desempeño.

Una consulta rápida no siempre representa una consulta eficiente si posteriormente genera errores, repetición o falta de comprensión.

La eficiencia debe analizarse también a lo largo del recorrido asistencial.

Cultura institucional y resistencia al cambio

Las organizaciones desarrollan rutinas que pueden mantenerse durante años.

La introducción de modelos centrados en la persona puede requerir modificar procesos consolidados.

Esto genera resistencia.

Janerka et al. (2023) muestran precisamente que el contexto organizacional puede facilitar o dificultar la implementación de intervenciones centradas en el paciente.

Una capacitación aislada posee un alcance limitado cuando las estructuras continúan incentivando prácticas anteriores.

La transformación requiere liderazgo, participación de los equipos, recursos y evaluación continua.

Las personas necesitan comprender por qué se modifica un proceso y cómo dicho cambio contribuye a una mejor atención.

Jerarquías rígidas y trabajo interdisciplinario

La atención compleja requiere diferentes profesiones.

Sin embargo, la mera existencia de equipos multidisciplinarios no garantiza integración.

Cuando las jerarquías son excesivamente rígidas, algunos integrantes pueden sentir que no pueden expresar preocupaciones o cuestionar decisiones.

Esto puede afectar seguridad y calidad.

Una cultura interdisciplinaria necesita reconocer competencias y responsabilidades diferentes sin convertir la jerarquía en una barrera comunicativa.

La coordinación funciona cuando los integrantes pueden compartir información y trabajar alrededor de objetivos comunes.

La persona debe experimentar un único plan coherente, no una suma de recomendaciones desconectadas.

Persistencia de la fragmentación entre salud física y mental

La separación entre servicios de salud física y mental constituye otra barrera importante.

Una persona puede recibir excelente tratamiento para una enfermedad física mientras sus necesidades emocionales permanecen invisibles.

También puede ocurrir lo contrario.

La OMS ha planteado la necesidad de transformar los sistemas de salud mental e integrarlos de manera más efectiva dentro de modelos generales de atención (WHO, 2022).

La humanización requiere reconocer que las personas no experimentan su salud como departamentos independientes.

La integración no significa que todos los profesionales deban convertirse en especialistas, sino que existan mecanismos para detectar necesidades y coordinar respuestas.

Comunicación condicionada por el sistema

La comunicación deficiente puede producir experiencias de despersonalización, pero no siempre debe atribuirse únicamente al profesional.

El ruido, falta de privacidad, presión de tiempo y ausencia de servicios de interpretación pueden dificultar una comunicación adecuada.

Por ello, las organizaciones necesitan crear condiciones que hagan posible aquello que se exige a los trabajadores.

Este punto es especialmente importante: el problema no consiste solamente en enseñar habilidades comunicativas, sino en crear contextos donde puedan ejercerse.

El profesional puede haber recibido excelente formación y, aun así, experimentar dificultades dentro de una consulta constantemente interrumpida.

Barreras lingüísticas y culturales

La diversidad lingüística puede limitar comprensión y participación cuando el sistema carece de mecanismos de apoyo.

La utilización de familiares como intérpretes puede generar dificultades relacionadas con precisión y confidencialidad.

Cuando estén disponibles, los servicios de interpretación profesional pueden favorecer una comunicación más segura.

Las diferencias culturales también pueden producir malentendidos.

Sin embargo, no debe considerarse que la diversidad constituye por sí misma una barrera.

La barrera aparece cuando los servicios no poseen suficiente capacidad para responder a ella.

La humanización exige adaptar la atención sin utilizar estereotipos.

Estigma, prejuicios y discriminación

La discriminación constituye una de las expresiones más graves de deshumanización.

Los prejuicios relacionados con edad, discapacidad, condición socioeconómica, enfermedad u otras características pueden influir sobre la forma en que una persona es tratada.

Algunos sesgos pueden ser explícitos y otros operar de manera menos consciente.

La formación puede ayudar a reconocerlos, pero la respuesta debe extenderse a las organizaciones.

Es necesario evaluar desigualdades en acceso, experiencia y resultados.

La dignidad no debería depender de la posición social o características personales del paciente.

Infraestructura y entorno asistencial

El entorno físico también puede favorecer o dificultar la humanización.

La falta de privacidad, ruido excesivo, señalización deficiente y barreras de accesibilidad pueden generar estrés o vulnerar la dignidad.

Una persona que debe proporcionar información sensible en un espacio abierto puede experimentar pérdida de privacidad.

Una persona con discapacidad puede encontrar dificultades adicionales cuando el entorno no es accesible.

El diseño del espacio constituye, por tanto, parte del cuidado.

Humanizar no significa únicamente modificar conductas; también implica revisar los escenarios donde esas conductas ocurren.

Rutinas institucionales y despersonalización

Las rutinas son necesarias para organizar servicios complejos.

Sin embargo, pueden convertirse en barreras cuando se aplican mecánicamente sin considerar necesidades individuales.

Horarios rígidos o interrupciones innecesarias pueden aumentar sensación de pérdida de control.

La humanización no exige eliminar toda rutina.

Requiere diferenciar cuáles son indispensables y cuáles pueden flexibilizarse.

La eficiencia y la personalización pueden coexistir cuando los procesos están bien diseñados.

Paternalismo y participación limitada

Aunque la autonomía se encuentra ampliamente reconocida, las prácticas paternalistas no han desaparecido.

En algunos contextos, las decisiones continúan presentándose como conclusiones definitivas sin suficiente exploración de preferencias.

Esta situación puede ser resultado de cultura profesional, falta de tiempo o modelos organizacionales tradicionales.

La humanización requiere participación proporcional a la situación.

En emergencias o cuando existe limitación de capacidad, el nivel de participación puede ser diferente.

Sin embargo, fuera de estos contextos, excluir sistemáticamente la voz del paciente constituye una barrera.

Participación simbólica

La participación también puede existir solo de manera aparente.

Una organización puede aplicar encuestas o incluir representantes de pacientes sin que sus aportes influyan realmente.

Esta participación simbólica puede generar frustración.

Los mecanismos participativos necesitan una finalidad clara y algún grado real de influencia.

No todas las propuestas deben aceptarse, pero deberían analizarse y recibir retroalimentación.

La humanización requiere escuchar de manera efectiva y no únicamente simular escucha.

Desigualdades económicas y territoriales

Las condiciones económicas pueden limitar acceso, continuidad y capacidad para seguir las recomendaciones.

Medicamentos, transporte, dispositivos y pérdida de ingresos pueden convertirse en obstáculos.

Una atención técnicamente correcta puede resultar inviable.

Las barreras territoriales generan problemas semejantes.

Las personas que viven lejos de servicios especializados pueden enfrentar tiempos y costos de desplazamiento elevados.

La telesalud puede reducir algunas dificultades, pero no todas.

La humanización necesita considerar estas condiciones dentro de la planificación.

No basta con ofrecer formalmente un servicio si determinados grupos no pueden utilizarlo de manera efectiva.

Brecha digital y exclusión

La transformación digital introduce una nueva dimensión de desigualdad.

Benda et al. (2023) señalan que la equidad digital en salud depende de elementos como acceso, alfabetización, diseño y condiciones sociales.

Disponer de conexión no garantiza capacidad para utilizar una plataforma.

Por ello, digitalizar determinados servicios puede mejorar la experiencia de algunas personas y dificultarla para otras.

La humanización exige mantener alternativas cuando sea necesario.

La innovación no debería convertirse en una nueva forma de exclusión.

Tecnología, interoperabilidad y relación humana

Las tecnologías pueden favorecer continuidad cuando facilitan acceso a información.

Sin embargo, pueden producir nuevas formas de fragmentación cuando diferentes plataformas no se comunican.

La interoperabilidad constituye una condición importante para evitar que el paciente deba trasladar información entre servicios.

Al mismo tiempo, los sistemas deben proteger privacidad.

La tecnología también puede competir con la interacción durante la consulta.

Un diseño deficiente puede obligar al profesional a dedicar una cantidad excesiva de atención a la pantalla.

La solución no consiste en rechazar las herramientas digitales, sino en diseñarlas alrededor del proceso clínico.

Inteligencia artificial como desafío emergente

La inteligencia artificial puede mejorar determinados procesos, pero también introducir riesgos relacionados con sesgos, transparencia y responsabilidad.

La OMS establece que su utilización en salud debe respetar principios de autonomía, seguridad, transparencia, responsabilidad y equidad (WHO, 2021).

Desde la perspectiva de humanización, el principio fundamental consiste en evitar que las decisiones automatizadas sustituyan sin justificación la deliberación profesional y la consideración de las circunstancias individuales.

Los sistemas algorítmicos pueden aportar información.

La responsabilidad clínica continúa requiriendo supervisión humana.

Este tema será desarrollado con mayor profundidad en el capítulo dedicado a innovación; aquí interesa señalarlo como una barrera potencial cuando la tecnología se implementa sin suficiente consideración de sus consecuencias humanas.

Sobrecarga de familiares y cuidadores

La humanización también puede verse comprometida cuando los sistemas trasladan responsabilidades excesivas a las familias.

El cuidado domiciliario puede ser apropiado cuando existe preparación, apoyo y acuerdo.

Sin embargo, asumir que siempre habrá un familiar disponible puede generar sobrecarga.

Antes de asignar actividades complejas, debe valorarse la capacidad del cuidador.

También necesita recibir información y formación.

Una atención centrada en la persona no debería reducir costos institucionales a costa de transferir cargas invisibles al entorno familiar.

Formación profesional insuficiente

La atención humanizada requiere competencias técnicas y relacionales.

Los programas formativos necesitan incluir ética, comunicación, trabajo interdisciplinario y decisiones compartidas.

Sin embargo, sería incorrecto atribuir todos los problemas a la formación.

Profesionales bien preparados pueden trabajar dentro de condiciones que dificultan aplicar aquello que aprendieron.

La formación debe acompañarse de cambios institucionales.

La humanización requiere profesionales competentes y sistemas que les permitan ejercer esas competencias.

Distancia entre políticas y experiencia real

Muchas instituciones reconocen formalmente la humanización dentro de sus documentos.

El desafío consiste en determinar si esos principios se reflejan en la experiencia de pacientes y familias.

La existencia de una política no garantiza su cumplimiento.

Es necesario evaluar.

Los indicadores pueden incluir experiencia, continuidad, participación y privacidad.

También pueden incorporarse narrativas cualitativas.

La finalidad no debe ser producir una puntuación decorativa, sino identificar procesos que necesitan modificación.

La humanización debe ser observable en la práctica.

Liderazgo y transformación organizacional

Los cambios sostenibles necesitan liderazgo.

Cuando la humanización depende exclusivamente de proyectos temporales, puede desaparecer al cambiar las prioridades institucionales.

Los líderes deben incorporarla a planificación, evaluación y asignación de recursos.

También deben promover relaciones respetuosas dentro de los equipos.

Una organización que funciona mediante temor o maltrato interno tendrá dificultades para construir una cultura humanizada hacia los pacientes.

La humanización comienza también dentro de la institución.

Estrategias sistémicas para superar las barreras

La diversidad de barreras demuestra que no existe una única solución.

En el nivel profesional pueden fortalecerse competencias relacionales y éticas.

En el nivel organizacional pueden revisarse cargas laborales, procesos administrativos, coordinación e infraestructura.

En el nivel sistémico deben abordarse continuidad, equidad e integración entre servicios.

La tecnología debe diseñarse para facilitar y no complicar.

Pacientes y familias pueden participar en la identificación de procesos problemáticos.

Finalmente, toda estrategia necesita evaluación.

La humanización no debería basarse únicamente en buenas intenciones.

Debe demostrarse mediante cambios en la experiencia y calidad.

De programas aislados a una cultura de humanización

Una campaña institucional puede aumentar visibilidad, pero sus efectos suelen ser limitados cuando no modifica procesos.

La verdadera transformación ocurre cuando dignidad, seguridad, participación y equidad forman parte de la cultura cotidiana.

La cultura se expresa en aquello que la institución permite, recompensa y corrige.

Cuando la humanización depende únicamente de algunos profesionales especialmente comprometidos, el modelo resulta frágil.

Una cultura institucional sólida permite que los principios se mantengan más allá de iniciativas individuales.

Síntesis integradora

Las barreras para la humanización de los servicios sanitarios poseen un carácter multidimensional. Fragmentación, sobrecarga, déficit de personal, burocracia, agotamiento profesional, desigualdades sociales, barreras culturales, infraestructura inadecuada y tecnologías mal diseñadas pueden limitar la capacidad de ofrecer una atención realmente centrada en las personas.

La evidencia contemporánea demuestra que la implementación de modelos centrados en el paciente depende tanto de factores individuales como organizacionales (Janerka et al., 2023). De forma complementaria, la asociación entre agotamiento profesional y dimensiones de calidad y seguridad confirma la necesidad de considerar las condiciones laborales dentro de cualquier estrategia de transformación (Hodkinson et al., 2022).

La digitalización introduce oportunidades y riesgos. Puede mejorar acceso y continuidad, pero también crear exclusión cuando no considera alfabetización y condiciones sociales (Benda et al., 2023). La inteligencia artificial amplía estos desafíos al introducir nuevas preguntas sobre equidad, transparencia y responsabilidad (WHO, 2021).

Por ello, superar las barreras exige abandonar la idea de que humanizar consiste únicamente en pedir a los profesionales que sean más amables. Una atención verdaderamente humanizada necesita **organizaciones que hagan posible el cuidado humanizado**.

Esto requiere condiciones razonables para escuchar y cuidar, sistemas coordinados, protección de la dignidad, reducción de desigualdades, apoyo a profesionales y tecnologías diseñadas alrededor de las necesidades humanas.

La humanización alcanza su mayor nivel cuando deja de depender exclusivamente de conductas individuales y se convierte en una característica estructural del sistema. Solo entonces los principios desarrollados a lo largo de este capítulo —dignidad, comunicación, empatía, compasión, participación y atención de las necesidades emocionales— pueden transformarse en experiencias consistentes para pacientes, familias y profesionales.

2.7. Estrategias institucionales para fortalecer una cultura de cuidado humanizado

La construcción de una cultura de cuidado humanizado constituye un desafío organizacional que trasciende las actitudes individuales de los profesionales. Si bien la empatía, el respeto, la sensibilidad y la capacidad comunicativa son competencias esenciales, su expresión cotidiana depende también de las condiciones que ofrecen las instituciones. Los tiempos asignados a la atención, la organización de los servicios, el liderazgo, las cargas laborales, los mecanismos de participación, la infraestructura, los sistemas de información y las políticas de calidad pueden facilitar o limitar considerablemente la posibilidad de proporcionar un cuidado verdaderamente centrado en las personas.

Desde esta perspectiva, la humanización debe evolucionar desde una aspiración ética hacia una **propiedad observable, sistemática y evaluable de las organizaciones sanitarias**. Esto significa que dignidad, autonomía, participación, seguridad, equidad y continuidad deben reflejarse en políticas, procedimientos, comportamientos y mecanismos concretos de evaluación. Una institución humanizada no se define únicamente por declarar determinados valores, sino por generar condiciones que permitan experimentarlos durante todo el recorrido asistencial.

La Organización Mundial de la Salud plantea que los servicios integrados y centrados en las personas requieren reorganizar la atención alrededor de las necesidades de individuos y comunidades, fortalecer la participación, mejorar la coordinación y desarrollar relaciones más colaborativas entre usuarios, profesionales y sistemas sanitarios (World Health Organization [WHO], 2024a). Por ello, fortalecer una cultura humanizada implica intervenir simultáneamente sobre diferentes niveles de la organización y no limitar las estrategias a campañas de sensibilización o actividades aisladas.

Institucionalización de la humanización como política de calidad

Una de las primeras estrategias consiste en incorporar explícitamente la humanización dentro de la planificación institucional. Cuando las prácticas humanizadas dependen exclusivamente de la iniciativa personal de determinados profesionales, pueden producirse experiencias muy diferentes entre servicios, turnos o equipos. En cambio, cuando forman parte de políticas institucionales, se establecen expectativas comunes y responsabilidades compartidas.

La institucionalización requiere traducir conceptos generales en comportamientos y procesos concretos. Declarar que una organización respeta la dignidad resulta insuficiente si no existen mecanismos destinados a proteger privacidad, facilitar información comprensible, respetar preferencias y garantizar atención no discriminatoria. Del mismo modo, afirmar que el paciente ocupa el centro del sistema pierde sentido cuando los procesos administrativos están diseñados únicamente desde la comodidad institucional.

Las políticas de humanización deberían, por tanto, establecer objetivos relacionados con experiencia del paciente, continuidad, participación, privacidad, seguridad y equidad. Estos objetivos necesitan integrarse con los programas generales de calidad y no funcionar como iniciativas paralelas.

La humanización y la calidad poseen una relación complementaria. Una atención científicamente efectiva pero irrespetuosa presenta una deficiencia, al igual que una interacción cordial carente de seguridad o fundamento científico. Los servicios centrados en las personas deben combinar efectividad, seguridad, oportunidad, equidad e integralidad (WHO, 2024a).

Esta perspectiva permite evitar que la humanización se reduzca al concepto de "calidez". El trato cordial es importante, pero representa solamente una dimensión de una transformación institucional mucho más amplia.

Liderazgo y construcción de una cultura organizacional humanizada

El liderazgo constituye uno de los principales mecanismos mediante los cuales los valores institucionales se transforman en prácticas cotidianas. Las decisiones de quienes gestionan

los servicios influyen sobre prioridades, cargas de trabajo, distribución de recursos, mecanismos de reconocimiento y posibilidades de participación.

La evidencia contemporánea ha señalado relaciones entre determinadas características del liderazgo sanitario y resultados asociados con trabajadores, organizaciones y pacientes. Hult et al. (2023), en una revisión de revisiones sobre liderazgo en enfermería, identificaron asociaciones entre estilos de liderazgo y diferentes resultados relacionados con personal, entorno laboral y atención.

El liderazgo orientado hacia la humanización no consiste simplemente en que los responsables institucionales adopten un trato cordial. Requiere construir entornos donde exista respeto, seguridad psicológica, participación y capacidad para comunicar problemas sin temor.

El liderazgo compasivo aporta elementos relevantes en este ámbito. Ramachandran et al. (2023) identificaron componentes vinculados con empatía, comunicación abierta, respeto, inclusión, integridad y preocupación por el bienestar dentro de los enfoques de liderazgo compasivo. Estos elementos permiten extender la compasión desde la relación profesional-paciente hacia el funcionamiento interno de la organización.

Esta relación es especialmente importante porque una institución difícilmente puede exigir atención respetuosa hacia los usuarios mientras mantiene relaciones laborales caracterizadas por hostilidad, humillación o desconfianza. La cultura humanizada debe comenzar también en la forma en que las personas trabajan entre sí.

Los líderes tienen además la responsabilidad de favorecer una cultura de aprendizaje. Los problemas no deberían abordarse únicamente buscando responsables individuales, sino analizando también procesos, condiciones y factores organizacionales que contribuyeron a su aparición.

Formación y desarrollo de competencias institucionales

La formación continua representa otro componente esencial. Los profesionales necesitan conocimientos científicos actualizados, pero también competencias relacionadas con ética, comunicación, empatía, toma de decisiones compartida, interculturalidad, trabajo interdisciplinario y manejo de situaciones emocionalmente complejas.

Estas competencias pueden desarrollarse mediante estrategias formativas activas. La simulación clínica permite representar situaciones difíciles, como comunicación de información sensible, interacción con familiares o manejo de desacuerdos. El análisis de casos favorece la deliberación ética y la identificación de alternativas. Las narrativas de pacientes pueden ayudar a comprender dimensiones de la experiencia que no siempre aparecen en los registros clínicos.

La formación debe abarcar además la identificación de sesgos y prejuicios. Los profesionales pueden desarrollar interpretaciones influenciadas por edad, discapacidad, situación socioeconómica u otras características. Reconocer estos riesgos constituye un paso importante para disminuir prácticas discriminatorias.

Sin embargo, la capacitación individual posee límites. Una institución no puede resolver problemas estructurales mediante cursos. Capacitar para escuchar resulta insuficiente cuando

los tiempos asistenciales impiden hacerlo; formar en decisiones compartidas posee un impacto limitado cuando la cultura institucional continúa siendo rígidamente paternalista.

Por ello, formación y transformación organizacional deben desarrollarse simultáneamente.

La inducción de nuevos trabajadores también representa una oportunidad estratégica. Desde su incorporación, deberían conocer los principios institucionales relacionados con dignidad, privacidad, seguridad, participación y trato respetuoso. Esto comunica que la humanización no constituye una actividad opcional, sino una expectativa profesional compartida.

Además, estas estrategias deben incorporar a todo el personal. La experiencia de una persona no depende exclusivamente de médicos o profesionales de enfermería. Trabajadores administrativos, personal de seguridad, limpieza, transporte y otros servicios participan también en diferentes momentos del recorrido asistencial.

Trabajo interdisciplinario y coordinación del cuidado

La complejidad de las necesidades sanitarias contemporáneas exige colaboración entre múltiples disciplinas. Sin embargo, disponer de diferentes profesionales no garantiza una atención integrada. La humanización requiere que estas intervenciones se articulen alrededor de objetivos comunes.

La coordinación evita que el paciente reciba mensajes contradictorios o tenga que decidir por sí mismo qué recomendación seguir. También permite integrar dimensiones clínicas, funcionales, psicológicas y sociales.

Las instituciones pueden fortalecer esta coordinación mediante reuniones interdisciplinarias, planes compartidos, procedimientos claros de derivación y sistemas de información que faciliten el acceso seguro a datos relevantes.

La evidencia sobre entornos profesionales destaca la importancia del apoyo organizacional, las relaciones de trabajo y la colaboración para construir condiciones asistenciales favorables (Ystaas et al., 2023).

Las jerarquías profesionales tampoco deberían convertirse en barreras para compartir información. Cada integrante posee responsabilidades específicas, pero todos pueden identificar elementos relevantes para la seguridad y experiencia del paciente.

Una cultura humanizada permite expresar preocupaciones de manera respetuosa y espera que estas sean consideradas según su pertinencia clínica.

Participación de pacientes, familias y comunidades

La experiencia de quienes utilizan los servicios constituye una fuente de información fundamental para mejorar la organización.

Los profesionales conocen el sistema desde dentro; los pacientes conocen cómo se experimenta al recorrerlo.

Estas perspectivas son diferentes y complementarias.

La participación institucional puede desarrollarse mediante entrevistas, grupos focales, encuestas de experiencia, consejos consultivos, análisis de reclamos y participación en proyectos de mejora. La OMS reconoce la participación de individuos, familias y comunidades como un componente esencial de los modelos integrados y centrados en las personas (WHO, 2024a).

Sin embargo, debe evitarse la participación simbólica. Solicitar opiniones sin analizarlas o incorporar representantes sin posibilidades reales de contribuir puede generar desconfianza.

La participación auténtica requiere informar qué aspectos pueden modificarse, analizar las propuestas y proporcionar retroalimentación acerca de las decisiones adoptadas.

Esto no significa que todas las solicitudes deban implementarse. Las organizaciones deben equilibrar preferencias, evidencia, seguridad, recursos y necesidades colectivas. Lo importante es que la participación sea significativa y no meramente decorativa.

La participación comunitaria amplía aún más este enfoque. Las comunidades pueden aportar información sobre barreras territoriales, culturales y sociales que no resultan visibles desde las instituciones. Este conocimiento puede mejorar particularmente las estrategias de promoción, prevención y acceso.

Evaluación de la experiencia y mejora continua

Una cultura humanizada necesita evaluarse.

La existencia de políticas, protocolos o programas no garantiza que los pacientes realmente experimenten una atención respetuosa y centrada en sus necesidades. Por ello, resulta necesario establecer mecanismos que permitan determinar si los valores institucionales se reflejan en la práctica.

Los indicadores pueden explorar aspectos como privacidad, comprensión de la información, participación, respeto, continuidad y coordinación. Sin embargo, la humanización no debería reducirse a una única puntuación.

La experiencia del paciente puede evaluarse mediante información cuantitativa y cualitativa. Los indicadores permiten identificar tendencias, mientras que las narrativas ayudan a comprender las razones de determinadas experiencias.

Las quejas y reclamos también pueden utilizarse como fuentes de aprendizaje. Una cultura defensiva puede interpretarlos exclusivamente como amenazas, mientras que una organización orientada hacia la mejora intenta identificar patrones y causas.

Por ejemplo, si diferentes personas manifiestan repetidamente dificultades para comprender las instrucciones después del alta, probablemente existe un problema institucional que requiere revisar materiales, procesos o estrategias educativas.

La evaluación debe conducir a acciones. Recopilar información sin utilizarla puede aumentar frustración y burocracia.

Una estrategia institucional puede seguir una lógica de mejora continua: identificar un problema, analizar causas, diseñar una intervención, implementarla, medir resultados y

realizar ajustes. Este enfoque permite que la humanización se construya mediante procesos de aprendizaje y no únicamente mediante buenas intenciones.

Bienestar profesional y sostenibilidad del cuidado humanizado

El cuidado humanizado requiere profesionales con condiciones suficientes para desarrollar su trabajo de forma segura y sostenible.

La exposición continua al sufrimiento, las altas cargas asistenciales, el déficit de personal y la presión temporal pueden afectar el bienestar laboral. Estas condiciones también pueden limitar el tiempo y los recursos disponibles para comunicación, acompañamiento y coordinación.

La evidencia reciente muestra asociaciones entre agotamiento profesional y diferentes indicadores relacionados con calidad, seguridad y experiencia del paciente. Li et al. (2024) encontraron asociaciones entre agotamiento del personal de enfermería y resultados menos favorables en distintas dimensiones del cuidado.

Estos hallazgos no significan que una persona agotada proporcione necesariamente una atención deficiente. Indican que las condiciones laborales deben considerarse dentro de las estrategias de calidad.

Las intervenciones institucionales pueden incluir revisión de cargas, disponibilidad adecuada de personal, espacios de descanso, apoyo ante situaciones emocionalmente complejas y mecanismos para identificar problemas de bienestar laboral.

Los programas individuales de autocuidado pueden ser útiles, pero no deberían utilizarse como sustitutos de las transformaciones estructurales.

Recomendar técnicas de manejo del estrés tiene un alcance limitado cuando la causa principal corresponde a una carga de trabajo persistentemente excesiva.

Una cultura humanizada necesita, por tanto, **cuidar las condiciones en las que trabajan quienes cuidan**.

Los espacios de reflexión profesional también pueden resultar útiles. El análisis interdisciplinario de situaciones complejas permite integrar cuestiones clínicas, relacionales y éticas y convertir experiencias difíciles en oportunidades de aprendizaje.

Humanización del recorrido asistencial

Las estrategias institucionales deben considerar la experiencia completa del paciente y no solamente el encuentro clínico.

El recorrido comienza antes de ingresar al consultorio.

Los procedimientos de admisión, orientación y registro pueden generar incertidumbre cuando son confusos o excesivamente burocráticos. La señalización clara, simplificación de trámites y disponibilidad de información accesible pueden reducir estas dificultades.

Durante la hospitalización, las instituciones pueden proteger dignidad mediante políticas de privacidad, información sobre rutinas y participación en decisiones cotidianas. También pueden revisar el impacto del ruido, interrupciones y condiciones de descanso.

El alta constituye otro momento crítico. La persona puede pasar de un entorno altamente supervisado a asumir gran parte de su cuidado en el domicilio.

Una transición humanizada requiere preparación progresiva.

El paciente necesita comprender medicamentos, señales de alarma, recomendaciones y controles posteriores. Cuando familiares asumirán determinadas responsabilidades, deben recibir la información y preparación necesarias.

La coordinación entre niveles resulta igualmente importante. Los modelos centrados en las personas requieren continuidad y articulación entre servicios (WHO, 2024a).

La humanización se convierte así en una propiedad del recorrido completo y no solamente de la relación durante una consulta.

Entornos físicos accesibles, seguros y respetuosos

La infraestructura sanitaria también comunica valores.

Privacidad insuficiente, ruido excesivo, señalización confusa y barreras arquitectónicas pueden afectar dignidad y experiencia.

Por ello, las instituciones deberían evaluar los espacios desde la perspectiva de distintos usuarios.

Una persona con dificultades de movilidad puede experimentar barreras que para otros resultan prácticamente invisibles. Lo mismo ocurre con personas que presentan limitaciones visuales o auditivas.

La accesibilidad debe formar parte de la planificación institucional.

Humanizar el espacio no significa necesariamente realizar transformaciones costosas en todos los casos. Algunas mejoras pueden lograrse mediante reorganización, mejor señalización o mayor protección de la privacidad.

Otras requieren inversión y planificación progresiva.

Lo importante es reconocer que el entorno físico forma parte del cuidado.

Equidad, diversidad y atención culturalmente sensible

Una cultura sanitaria no puede considerarse plenamente humanizada cuando determinados grupos enfrentan sistemáticamente mayores dificultades de acceso o peor experiencia.

La equidad exige analizar diferencias relacionadas con territorio, condición socioeconómica, discapacidad, idioma u otras circunstancias que puedan generar barreras.

La respuesta no consiste necesariamente en proporcionar exactamente lo mismo a todas las personas.

En determinados casos pueden requerirse apoyos diferentes para garantizar oportunidades semejantes de acceso y participación.

Los servicios culturalmente sensibles requieren también recursos organizacionales. Materiales comprensibles, sistemas de interpretación y formación profesional pueden contribuir a responder a poblaciones diversas.

Sin embargo, la cultura nunca debería utilizarse como explicación automática de las preferencias individuales.

Las instituciones deben facilitar la capacidad de preguntar y adaptar, evitando estereotipos.

La humanización se relaciona así con el principio de reconocer diferencias sin transformarlas en desigualdades injustas.

Tecnología orientada hacia las necesidades humanas

La incorporación de tecnologías digitales puede favorecer una atención humanizada cuando mejora acceso, continuidad, seguridad o coordinación.

Sin embargo, la innovación tecnológica no debería evaluarse exclusivamente mediante eficiencia técnica.

Las instituciones deben considerar también usabilidad, accesibilidad, privacidad, equidad e impacto sobre la relación profesional-paciente.

Una historia clínica electrónica bien diseñada puede facilitar acceso a información y disminuir duplicaciones. Un sistema complejo puede producir el efecto contrario y aumentar la carga administrativa.

Por ello, profesionales y usuarios deberían participar, cuando sea posible, en la selección, diseño y evaluación de herramientas digitales.

La inteligencia artificial añade desafíos relacionados con transparencia, responsabilidad y posibles sesgos. Su implementación necesita mantener supervisión profesional y criterios éticos. La tecnología puede apoyar determinadas decisiones, pero no debe desplazar automáticamente el juicio clínico ni la consideración de valores y circunstancias personales.

Dentro de una cultura humanizada, la innovación constituye un medio y no una finalidad.

Seguridad del paciente y cultura de aprendizaje

La humanización debe desarrollarse conjuntamente con la seguridad.

Respetar la dignidad incluye proteger a la persona frente a daños evitables.

Las organizaciones necesitan sistemas de notificación, análisis y prevención de incidentes capaces de generar aprendizaje.

Una cultura exclusivamente punitiva puede disminuir la disposición para comunicar errores o riesgos. Sin embargo, una cultura de aprendizaje tampoco significa eliminar toda responsabilidad.

El objetivo consiste en analizar los factores que contribuyeron al incidente y distinguir entre errores humanos, problemas sistémicos y conductas deliberadamente inseguras.

La participación de pacientes y familias también puede contribuir a identificar riesgos, aunque la responsabilidad primaria sobre la seguridad continúa correspondiendo a profesionales e instituciones.

Seguridad y humanización convergen cuando la organización protege a la persona tanto frente al daño físico como frente a prácticas que vulneran dignidad, autonomía o privacidad.

Gobernanza, indicadores y sostenibilidad

Una estrategia de humanización necesita continuidad en el tiempo.

Los programas dependientes exclusivamente de algunas personas particularmente comprometidas pueden desaparecer cuando cambian los equipos.

La institucionalización requiere responsables, recursos, metas y mecanismos de seguimiento.

Esto no significa crear estructuras burocráticas innecesarias.

Los equipos o comités destinados a impulsar estas estrategias deberían poseer funciones claras y capacidad real para promover mejoras.

Los indicadores también necesitan integrarse a la gobernanza.

La institución puede combinar variables relacionadas con seguridad, experiencia, participación, continuidad y bienestar profesional.

La evaluación periódica permite establecer prioridades y comprobar si las intervenciones producen cambios.

La sostenibilidad exige igualmente integrar humanización con otros objetivos institucionales. Si se presenta como una actividad adicional desconectada de calidad y seguridad, es más probable que pierda prioridad ante restricciones de recursos.

La estrategia más sólida consiste en incorporarla a la forma habitual de gestionar el servicio.

Investigación e innovación institucional

Las instituciones pueden utilizar investigación para evaluar sus propias prácticas.

No todas las intervenciones destinadas a humanizar producirán resultados semejantes en todos los contextos.

Un programa efectivo en una unidad puede necesitar adaptación antes de utilizarse en otra.

La investigación puede analizar experiencia, seguridad, bienestar profesional y resultados organizacionales.

También puede utilizar metodologías cualitativas para comprender cómo los pacientes interpretan determinadas intervenciones.

La evidencia obtenida permite abandonar estrategias que no funcionan y fortalecer aquellas que muestran resultados favorables.

Esta orientación convierte a la institución en una organización capaz de aprender de su propia práctica.

De acciones aisladas hacia una cultura de cuidado

Las campañas de sensibilización pueden resultar útiles para iniciar conversaciones, pero poseen un alcance limitado cuando no modifican procesos.

La humanización superficial ocurre cuando existe un discurso institucional atractivo pero la experiencia cotidiana permanece caracterizada por fragmentación, falta de privacidad o ausencia de participación.

La transformación profunda exige coherencia.

Si la institución declara que la persona ocupa el centro, sus procedimientos deben reflejar esa prioridad.

Si reconoce la dignidad, debe proteger la privacidad.

Si promueve participación, debe crear oportunidades reales para intervenir.

Si afirma valorar a sus profesionales, debe revisar las condiciones que comprometen su bienestar.

De esta manera, la humanización deja de ser una iniciativa específica y se convierte en una forma de organizar el cuidado.

Síntesis integradora

El fortalecimiento de una cultura de cuidado humanizado exige intervenciones institucionales articuladas y sostenibles. La humanización no puede depender exclusivamente de las características personales de quienes atienden, porque la práctica profesional se desarrolla dentro de organizaciones que pueden facilitar o dificultar el respeto, la comunicación, la participación y la continuidad.

La evidencia contemporánea sobre liderazgo, atención centrada en la persona y condiciones de trabajo muestra que la calidad asistencial se encuentra vinculada con el funcionamiento de los equipos y organizaciones (Hult et al., 2023; Janerka et al., 2023; Li et al., 2024; Ramachandran et al., 2023). Por ello, las estrategias necesitan actuar simultáneamente sobre políticas, liderazgo, formación, coordinación, bienestar profesional, participación y evaluación.

La perspectiva de pacientes y familias constituye una fuente importante para identificar áreas de mejora, mientras que los mecanismos de evaluación permiten determinar si los principios institucionales se traducen realmente en experiencias concretas. La humanización debe pasar, por tanto, de ser una intención declarada a convertirse en una dimensión observable de la calidad.

Las tecnologías, la infraestructura y los procesos administrativos también deben evaluarse desde esta perspectiva. Su valor no depende únicamente de su eficiencia, sino de su capacidad para facilitar acceso, continuidad, seguridad, privacidad y relaciones asistenciales adecuadas.

En consecuencia, una institución humanizada es aquella capaz de **convertir dignidad, respeto, participación, seguridad y equidad en condiciones sistemáticas de funcionamiento**. Estos principios dejan de depender de iniciativas individuales y se incorporan a políticas, decisiones organizacionales, procesos cotidianos y mecanismos de mejora continua.

Con este enfoque, la cultura de cuidado humanizado puede comprenderse como una construcción colectiva en la que profesionales, gestores, pacientes, familias y comunidades participan desde responsabilidades diferentes. Su consolidación representa el paso necesario para que la humanización deje de ser únicamente una aspiración ética y se transforme en una **característica estructural, evaluable y sostenible de la calidad sanitaria**.

De esta manera se completa el capítulo dedicado a la humanización de la atención y la experiencia del paciente. Comunicación, empatía, compasión, participación, atención de las necesidades emocionales y transformación institucional convergen en un mismo principio: la excelencia sanitaria requiere que el conocimiento científico y la eficiencia organizacional permanezcan permanentemente vinculados con el reconocimiento de la dignidad humana.

CAPÍTULO 3. Práctica basada en evidencia para la toma de decisiones clínicas

3.1. Fundamentos de la práctica basada en evidencia

La práctica basada en evidencia constituye uno de los pilares de la atención sanitaria contemporánea, debido a que propone que las decisiones profesionales se sustenten en un proceso sistemático de identificación, valoración e integración del mejor conocimiento científico disponible. Su finalidad no consiste únicamente en aumentar el uso de investigaciones dentro de los servicios sanitarios, sino en favorecer decisiones clínicas más rigurosas, transparentes, actualizadas y coherentes con las necesidades de las personas.

En su concepción actual, la práctica basada en evidencia no equivale a aplicar mecánicamente los resultados de una investigación. Implica utilizar la mejor evidencia científica disponible dentro de un proceso de razonamiento profesional que considera las características del contexto y las circunstancias del paciente. Las preferencias individuales y la experiencia clínica forman parte del modelo, aunque su integración específica será desarrollada con mayor profundidad en el apartado siguiente. Revisiones recientes sobre los modelos de práctica basada en evidencia confirman que estas dimensiones continúan presentes en los principales marcos utilizados en los entornos sanitarios (Dusin et al., 2023).

La relevancia de este enfoque se relaciona con el crecimiento acelerado del conocimiento científico, la innovación tecnológica y la aparición constante de nuevas alternativas diagnósticas y terapéuticas. La experiencia acumulada por un profesional continúa siendo indispensable, pero no puede constituir por sí sola el fundamento de todas las decisiones. Del mismo modo, la existencia de resultados científicos de alta calidad no garantiza automáticamente que una intervención sea apropiada para cualquier persona o contexto.

La práctica basada en evidencia proporciona precisamente un marco que permite transformar información científica en decisiones clínicas fundamentadas y susceptibles de evaluación.

Conceptualización y alcance de la práctica basada en evidencia

La práctica basada en evidencia puede comprenderse como un enfoque sistemático de resolución de problemas clínicos mediante el cual se formula una pregunta, se localiza la información científica pertinente, se evalúa críticamente su calidad, se analiza su aplicabilidad y se incorpora a una decisión asistencial que posteriormente debe ser evaluada.

Esta definición posee una diferencia importante respecto de la simple utilización de literatura científica. Leer un artículo, consultar una guía o incorporar una recomendación no significa necesariamente desarrollar una práctica basada en evidencia. La información debe ser analizada desde criterios metodológicos y clínicos antes de convertirse en fundamento para una intervención.

Dusin et al. (2023), en una revisión de alcance sobre modelos y marcos de práctica basada en evidencia utilizados en salud, identificaron componentes recurrentes relacionados con formulación de preguntas clínicas, búsqueda de información, valoración crítica, aplicación, evaluación y consideración del contexto asistencial.

Esto demuestra que la práctica basada en evidencia constituye un proceso continuo y no un acontecimiento aislado. La decisión no finaliza cuando se selecciona una intervención;

posteriormente resulta necesario determinar si produjo los resultados esperados, si aparecieron efectos adversos y si existen razones para modificarla.

De la tradición hacia decisiones científicamente fundamentadas

La práctica sanitaria se ha apoyado históricamente en múltiples fuentes de conocimiento. La experiencia individual, las prácticas transmitidas entre generaciones profesionales, la autoridad de expertos y las rutinas institucionales han desempeñado funciones importantes en la construcción del conocimiento clínico.

Sin embargo, estas fuentes pueden presentar limitaciones cuando no se someten a revisión crítica. Una práctica puede mantenerse durante años debido únicamente a que "siempre se ha realizado así", aun cuando posteriormente aparezca evidencia que demuestre alternativas más seguras o efectivas.

La práctica basada en evidencia introduce una actitud de cuestionamiento sistemático. No pretende invalidar automáticamente la experiencia acumulada ni asumir que toda práctica tradicional es incorrecta. Su propósito consiste en analizar si las intervenciones continúan respaldadas por el mejor conocimiento disponible.

Esta orientación convierte la actualización científica en una responsabilidad profesional vinculada con la calidad y la seguridad. El avance del conocimiento exige que protocolos y decisiones puedan revisarse cuando aparecen nuevos resultados suficientemente sólidos.

Formulación de preguntas clínicas

Uno de los primeros pasos consiste en transformar una incertidumbre asistencial en una pregunta clara.

Las preguntas demasiado amplias pueden producir cantidades excesivas de información y dificultar la identificación de aquello que realmente se necesita. Una pregunta estructurada permite orientar la búsqueda y seleccionar diseños de investigación apropiados.

Los modelos contemporáneos de práctica basada en evidencia continúan reconociendo esta formulación como una etapa fundamental (Dusin et al., 2023).

En las preguntas relacionadas con intervenciones resulta frecuente identificar la población, intervención, comparación y resultado. Sin embargo, no todas las preguntas necesitan exactamente la misma estructura. Los problemas de diagnóstico, pronóstico, experiencia, etiología o implementación pueden requerir aproximaciones diferentes.

El principio fundamental consiste en definir claramente qué se desea conocer y qué tipo de evidencia puede responder mejor esa necesidad.

La evidencia depende de la pregunta

La evidencia científica no debe comprenderse mediante una jerarquía rígida aplicable a cualquier problema.

La utilidad de un diseño depende de la pregunta que se pretende responder.

Los ensayos clínicos controlados pueden resultar especialmente apropiados para analizar la efectividad de determinadas intervenciones. Las revisiones sistemáticas pueden sintetizar estudios comparables y ofrecer una visión más amplia del conocimiento disponible. Los estudios de cohortes pueden aportar información relevante para determinados problemas de pronóstico o exposición, mientras que los estudios cualitativos poseen especial valor para comprender experiencias, percepciones, barreras y significados.

Por ello, hablar de "mejor evidencia" no significa utilizar siempre el mismo tipo de investigación.

La evidencia debe ser adecuada para la naturaleza de la pregunta y presentar suficiente calidad metodológica.

Esta precisión evita una visión reduccionista en la cual solamente determinados diseños son considerados científicamente importantes.

Búsqueda sistemática de información científica

Una vez formulada la pregunta, el profesional necesita localizar la evidencia disponible.

La digitalización ha facilitado enormemente el acceso a publicaciones, pero simultáneamente ha incrementado la cantidad de información que debe ser filtrada.

La práctica basada en evidencia exige diferenciar fuentes científicas de información no verificada.

Las bases bibliográficas, revisiones sistemáticas, guías clínicas metodológicamente rigurosas y documentos científicos de instituciones reconocidas pueden facilitar el acceso a información pertinente.

La búsqueda necesita desarrollar estrategias suficientemente específicas para localizar estudios útiles sin excluir injustificadamente evidencia relevante.

Cuando existen revisiones sistemáticas o guías actualizadas de calidad, estas pueden proporcionar un punto de partida eficiente. Sin embargo, también deben valorarse críticamente y comprobarse su vigencia.

La evidencia posee una dimensión temporal: una recomendación apropiada en determinado momento puede necesitar revisión cuando aparecen resultados posteriores.

Valoración crítica de la evidencia

Localizar información constituye únicamente una etapa del proceso.

La práctica basada en evidencia requiere evaluar críticamente la calidad de aquello que se encuentra.

La publicación de un artículo en una revista científica no garantiza automáticamente que sus conclusiones sean suficientemente sólidas para orientar una decisión clínica. Resulta necesario analizar el diseño, los métodos utilizados, el riesgo de sesgo, la precisión de los resultados y la correspondencia entre los datos obtenidos y las conclusiones formuladas.

La valoración crítica busca responder, entre otras cuestiones, si el estudio es suficientemente válido, cuál es la magnitud del efecto, qué grado de incertidumbre existe y hasta qué punto sus resultados pueden aplicarse a una población concreta.

Este proceso requiere alfabetización metodológica.

La capacidad para interpretar diseños de investigación y resultados estadísticos constituye una competencia necesaria para evitar decisiones basadas únicamente en conclusiones llamativas o resúmenes superficiales.

Significación estadística y relevancia clínica

Uno de los errores frecuentes consiste en interpretar la significación estadística como equivalente a importancia clínica.

Un resultado puede alcanzar significación estadística y, sin embargo, representar una diferencia demasiado pequeña para tener relevancia práctica.

De manera inversa, un estudio con una muestra limitada puede mostrar un efecto potencialmente importante sin alcanzar determinados umbrales estadísticos.

Por ello, la valoración debe considerar la magnitud del efecto, la precisión y las consecuencias clínicas.

También necesita analizar riesgos, efectos adversos, costos y carga terapéutica.

La pregunta apropiada no es solamente si una intervención produce una diferencia estadística, sino si esa diferencia es suficientemente importante para modificar el cuidado.

Esta distinción resulta indispensable para trasladar resultados de investigación hacia decisiones clínicas reales.

Certeza y calidad de la evidencia

La evidencia también puede presentar distintos niveles de certeza.

Los resultados pueden ser consistentes y precisos o encontrarse afectados por limitaciones metodológicas, heterogeneidad o imprecisión.

Por ello, las recomendaciones no deberían interpretarse como afirmaciones absolutas cuando la evidencia es incierta.

La calidad de una práctica basada en evidencia depende también de la capacidad para reconocer cuánto se sabe.

La incertidumbre no constituye una falla de la ciencia.

Representa una característica inherente a determinados problemas.

El profesional necesita comunicarla adecuadamente y evitar presentar probabilidades como certezas.

Aplicabilidad de los resultados

Una investigación produce resultados dentro de poblaciones y contextos específicos.

Antes de trasladarlos a la práctica resulta necesario preguntarse si las características de los pacientes estudiados son suficientemente comparables con las de la población que recibirá la intervención.

Un ensayo puede excluir personas con determinadas comorbilidades o desarrollarse en instituciones con recursos muy diferentes.

Estas diferencias pueden modificar la aplicabilidad.

Por ello, la validez interna de un estudio no constituye el único criterio.

También debe analizarse su validez externa y pertinencia contextual.

La práctica basada en evidencia exige realizar este tránsito desde conocimiento poblacional hacia situaciones individuales sin convertir los resultados promedio en reglas universales.

De la evidencia a la recomendación clínica

La existencia de evidencia favorable no significa automáticamente que una intervención deba utilizarse en todas las personas.

El profesional necesita considerar magnitud del beneficio, riesgos, certeza y condiciones clínicas.

Las guías de práctica clínica pueden facilitar esta interpretación al sintetizar evidencia y formular recomendaciones.

Sin embargo, una guía tampoco debe convertirse en una instrucción mecánica.

Las recomendaciones poseen diferentes niveles de fortaleza y pueden depender de circunstancias específicas.

Además, las guías se construyen para poblaciones, mientras que la práctica ocurre con personas individuales.

La utilización responsable exige conocer la recomendación y valorar su aplicabilidad.

Práctica basada en evidencia y guías clínicas

Las guías constituyen herramientas importantes para reducir variabilidad injustificada y acercar la evidencia a la práctica.

Sin embargo, **práctica basada en evidencia no equivale a obedecer automáticamente una guía**.

La buena práctica requiere conocer la evidencia que fundamenta la recomendación, comprender su nivel de certeza y determinar si existen características del paciente que necesitan consideración adicional.

También resulta necesario comprobar la vigencia del documento.

Una guía desactualizada puede no incorporar nuevos resultados.

Por tanto, las guías deben entenderse como apoyos al razonamiento y no como sustitutos de este.

Implementación de la evidencia

Uno de los principales retos contemporáneos consiste en trasladar el conocimiento hacia la práctica.

La producción de evidencia no garantiza automáticamente cambios en los servicios.

Tucker et al. (2021) destacan la relevancia de utilizar modelos de práctica basada en evidencia e implementación para facilitar transformaciones orientadas a mejorar calidad, seguridad y resultados.

Esta distinción resulta fundamental.

Conocer que una intervención funciona bajo determinadas condiciones constituye solamente una parte del problema. También debe determinarse cómo incorporarla de manera efectiva dentro de una organización concreta.

El contexto influye significativamente sobre la implementación.

Recursos disponibles, liderazgo, cultura profesional y organización de los servicios pueden facilitar o limitar la adopción.

Ciencia de la implementación

La ciencia de la implementación proporciona herramientas para comprender cómo integrar intervenciones respaldadas por evidencia dentro de contextos reales.

Una intervención eficaz durante una investigación controlada puede producir resultados diferentes cuando se traslada a una institución con otra población, recursos o estructura organizacional.

Por ello, la pregunta no debe limitarse a "¿funciona?", sino incluir "¿cómo puede implementarse aquí sin perder sus componentes esenciales?".

Las adaptaciones pueden ser necesarias.

Sin embargo, modificar excesivamente una intervención puede alterar precisamente aquello que contribuía a su efectividad.

La implementación responsable necesita distinguir entre componentes esenciales y aspectos susceptibles de adaptación.

Barreras para incorporar evidencia

La implementación enfrenta diversos obstáculos.

La falta de tiempo, acceso limitado a literatura, insuficiente formación metodológica, resistencia al cambio y escasez de recursos pueden dificultar el proceso.

Dakka et al. (2022), en una revisión sistemática centrada en la aplicación de evidencia en cuidados paliativos, identificaron diferentes barreras relacionadas con recursos, tiempo y condiciones de los profesionales.

Estos hallazgos permiten comprender que la práctica basada en evidencia no depende exclusivamente de la motivación individual.

Un profesional puede valorar profundamente la evidencia y carecer de las condiciones necesarias para realizar búsquedas y evaluaciones sistemáticas dentro de su jornada cotidiana.

Por ello, la organización posee una responsabilidad fundamental.

Cultura institucional basada en evidencia

La práctica basada en evidencia adquiere mayor sostenibilidad cuando forma parte de la cultura institucional.

Las organizaciones pueden facilitar acceso a bases de datos, formación metodológica, acompañamiento y mecanismos para revisar procedimientos.

También pueden elaborar protocolos basados en revisiones rigurosas, siempre que exista un proceso periódico de actualización.

La revisión de Knudsen et al. (2025) sobre implementación de prácticas basadas en evidencia en hospitales destaca la importancia del contexto organizacional y de las características de los proyectos para comprender el éxito de las intervenciones.

El conocimiento científico necesita, por tanto, una infraestructura que facilite su incorporación.

La práctica basada en evidencia no debería depender únicamente de que cada profesional individual disponga de tiempo y conocimientos para realizar búsquedas complejas durante la atención.

Competencias profesionales necesarias

La implementación exige competencias específicas relacionadas con formulación de preguntas, búsqueda bibliográfica, lectura crítica, interpretación de resultados y aplicación clínica.

Ylimäki et al. (2024) destacan la relevancia de estas competencias para promover una atención fundamentada en evidencia dentro de la práctica avanzada.

Sin embargo, la competencia no consiste únicamente en conocer terminología metodológica.

Debe traducirse en capacidad para tomar decisiones.

Un profesional puede comprender conceptos estadísticos y no utilizarlos adecuadamente en el razonamiento clínico.

La formación debe integrar conocimientos metodológicos con escenarios asistenciales.

Pensamiento crítico y revisión de prácticas

La práctica basada en evidencia requiere una actitud crítica tanto frente a la tradición como frente a la innovación.

No toda práctica histórica debe descartarse por ser antigua ni toda tecnología nueva debe adoptarse por ser reciente.

El profesional necesita evaluar las razones que sustentan cada alternativa.

El pensamiento crítico permite evitar ambos extremos.

También ayuda a reconocer sesgos personales.

Los profesionales pueden recordar especialmente determinados casos y asumir que representan una tendencia general.

La evidencia sistemática permite contrastar esas impresiones.

A su vez, el juicio profesional ayuda a identificar cuando las condiciones de un estudio son muy diferentes de la realidad asistencial.

Actualización del conocimiento y obsolescencia

El conocimiento sanitario cambia continuamente.

Por ello, la formación inicial no puede constituir la única fuente científica durante toda la vida profesional.

La actualización permanente constituye una responsabilidad ligada a la calidad.

Las instituciones también necesitan mecanismos de revisión.

Mantener procedimientos basados en conocimiento superado puede generar intervenciones ineficaces o inseguras.

Sin embargo, actualizar no significa modificar protocolos ante cada publicación individual.

Los cambios deben considerar el conjunto de evidencia y la solidez de los nuevos resultados.

Esta prudencia permite evitar tanto la obsolescencia como la adopción precipitada de innovaciones.

Práctica basada en evidencia y seguridad

La utilización de conocimiento actualizado posee una relación directa con la seguridad.

La evidencia ayuda a identificar intervenciones efectivas y riesgos conocidos.

También proporciona estrategias para prevenir determinados eventos adversos.

Sin embargo, aplicar una recomendación sin valorar el contexto puede igualmente generar problemas.

Por ejemplo, un procedimiento respaldado científicamente puede requerir recursos o experiencia que no se encuentran disponibles en todos los servicios.

La seguridad depende, por tanto, de integrar evidencia y condiciones reales.

Práctica basada en evidencia y humanización

La práctica basada en evidencia no se encuentra en oposición a la humanización.

Ambos enfoques son complementarios.

La evidencia permite identificar intervenciones con mayor probabilidad de beneficio y menor riesgo. La humanización recuerda que esas intervenciones se aplican a personas con circunstancias y necesidades particulares.

Una interpretación reduccionista podría utilizar la evidencia como argumento para cerrar la deliberación clínica. Sin embargo, la práctica basada en evidencia auténtica reconoce la necesidad de contextualización.

La afirmación "la evidencia demuestra que esta es la mejor opción" necesita acompañarse de preguntas relacionadas con aplicabilidad, certeza, riesgos y circunstancias.

De esta manera, la ciencia fortalece el cuidado sin convertirlo en una práctica automática.

Evaluación de resultados

La práctica basada en evidencia no termina con la implementación.

Los resultados deben evaluarse.

En el nivel clínico, esto implica observar respuesta terapéutica, posibles efectos adversos y evolución.

En el nivel institucional, implica analizar si una intervención produce resultados similares a los observados en la literatura y si aparecen problemas durante su implementación.

Connor et al. (2023) encontraron asociaciones entre la utilización de prácticas basadas en evidencia y diferentes resultados favorables de calidad, seguridad y atención, aunque la heterogeneidad de intervenciones y contextos exige interpretar estos resultados con prudencia.

La evaluación permite cerrar el ciclo y generar nuevas preguntas.

Una práctica basada en evidencia es, por definición, dinámica y abierta al aprendizaje.

Investigación local y aprendizaje organizacional

La evidencia externa puede complementarse con información generada dentro de los propios servicios.

Los indicadores locales permiten identificar problemas y determinar si las intervenciones producen los efectos esperados.

Esto no significa sustituir investigación científica por experiencia institucional.

Significa utilizar datos locales para comprender la implementación.

Una institución puede descubrir, por ejemplo, que una estrategia respaldada por evidencia presenta dificultades particulares en su población.

Esta información permite adaptar procesos y formular nuevas preguntas.

El aprendizaje organizacional convierte la aplicación de evidencia en un proceso continuo.

Fundamento científico y responsabilidad profesional

La práctica basada en evidencia posee también una dimensión ética.

Los pacientes tienen derecho a recibir intervenciones razonablemente fundamentadas y actualizadas.

Mantener procedimientos sin respaldo cuando existe evidencia sólida de alternativas más efectivas puede comprometer la responsabilidad profesional.

Del mismo modo, incorporar intervenciones nuevas sin suficiente evaluación también puede generar riesgos.

La responsabilidad consiste en mantener equilibrio entre actualización y prudencia.

El conocimiento científico debe utilizarse de manera crítica y transparente.

Síntesis integradora

La práctica basada en evidencia constituye un proceso sistemático destinado a fortalecer la calidad del razonamiento y de las decisiones sanitarias. Sus fundamentos incluyen la formulación de preguntas relevantes, búsqueda rigurosa de información, valoración crítica de los estudios, análisis de aplicabilidad, implementación y evaluación de resultados.

La evidencia no debe interpretarse mediante una jerarquía rígida independiente de la pregunta. Diferentes diseños proporcionan respuestas para problemas distintos, y la calidad metodológica continúa siendo un criterio fundamental para determinar la confianza que puede depositarse en los resultados.

Los modelos contemporáneos mantienen estas etapas como componentes esenciales de la práctica basada en evidencia y destacan también la importancia del contexto y de la implementación (Dusin et al., 2023). La evidencia disponible muestra además asociaciones entre la incorporación sistemática de conocimiento científico y mejoras en diferentes dimensiones del cuidado, aunque los resultados dependen de la calidad del proceso y del contexto en el que se desarrolla (Connor et al., 2023).

En consecuencia, practicar basándose en evidencia implica **preguntar críticamente, buscar sistemáticamente, evaluar rigurosamente, aplicar de manera contextualizada y comprobar posteriormente los resultados**. La evidencia orienta la práctica, pero requiere profesionales capaces de interpretarla y organizaciones capaces de facilitar su utilización.

Sobre estos fundamentos, el siguiente apartado profundiza en el aspecto que convierte la evidencia poblacional en una decisión individual: la integración entre conocimiento científico, experiencia profesional y preferencias de la persona.

Número de palabras: aproximadamente 3.100.

3.2. Integración de evidencia científica, experiencia profesional y preferencias del paciente

La práctica basada en evidencia alcanza su expresión más completa cuando el conocimiento científico se integra con la experiencia profesional y las preferencias de la persona que recibirá la intervención. Estos componentes no constituyen fuentes independientes que se incorporan mecánicamente a una decisión, sino dimensiones que deben relacionarse mediante razonamiento clínico y deliberación.

La evidencia científica proporciona información sobre beneficios, riesgos, diagnóstico, pronóstico y efectividad de las intervenciones. La experiencia profesional permite interpretar esos resultados dentro de situaciones concretas, reconocer particularidades y valorar la viabilidad de determinadas alternativas. Los valores y preferencias del paciente permiten determinar qué consecuencias poseen mayor significado dentro de su vida.

La literatura contemporánea continúa reconociendo esta integración como uno de los fundamentos de la práctica basada en evidencia. Tringale et al. (2022) destacan la necesidad de incorporar valores y preferencias de los pacientes junto con la evidencia y la experiencia clínica. Por su parte, Dusin et al. (2023) muestran que estos componentes continúan presentes en los principales modelos utilizados en los servicios sanitarios.

Sin embargo, reconocer conceptualmente esta tríada no garantiza que se integre efectivamente en la práctica. Dusin y Peltzer (2024) identificaron una incorporación desigual de la participación del paciente en diferentes marcos de práctica basada en evidencia, lo que evidencia una brecha entre el modelo teórico y determinados procesos de implementación.

Por ello, la integración debe entenderse como una **deliberación clínica en la que evidencia, juicio profesional y perspectiva del paciente interactúan para construir una decisión justificable y contextualizada**.

Evidencia científica y experiencia profesional

La evidencia científica permite disminuir incertidumbre utilizando conocimiento generado mediante métodos sistemáticos. Sin embargo, sus resultados generalmente representan probabilidades obtenidas a partir de grupos.

La práctica clínica ocurre con individuos.

Este tránsito desde la población hacia la persona requiere interpretación.

Un estudio puede demostrar que una intervención produce un beneficio promedio, pero el paciente concreto puede presentar características diferentes de quienes participaron en la investigación.

Comorbilidades, edad, funcionamiento, tratamientos simultáneos o condiciones sociales pueden modificar el balance esperado.

La experiencia profesional permite identificar estas diferencias y determinar hasta qué punto una evidencia resulta aplicable.

Esto no significa que la experiencia pueda utilizarse para ignorar investigaciones sólidas.

Su función consiste en contextualizarlas.

La evidencia evita que la experiencia se convierta en hábito incuestionable, mientras que la experiencia impide que la evidencia sea aplicada mecánicamente.

Experiencia profesional y juicio clínico

La experiencia se construye mediante conocimiento acumulado, exposición a diferentes situaciones y reflexión sobre la práctica.

Los profesionales desarrollan capacidad para reconocer patrones y anticipar dificultades.

Sin embargo, la experiencia también puede estar influida por sesgos.

Los casos particularmente llamativos pueden recordarse con mayor facilidad y generar percepciones que no representan necesariamente la frecuencia real de un fenómeno.

Por ello, la experiencia necesita mantenerse abierta a contraste.

El juicio clínico representa el proceso mediante el cual se integran antecedentes, resultados diagnósticos, evidencia, conocimiento profesional y circunstancias particulares.

No debe confundirse con una intuición imposible de explicar.

Un juicio profesional sólido debería poder fundamentarse y ser susceptible de revisión.

Esta transparencia facilita la colaboración interdisciplinaria y la participación del paciente.

Evidencia imperfecta e incertidumbre

La mejor evidencia disponible no siempre es evidencia perfecta.

Algunas preguntas cuentan con estudios limitados o resultados contradictorios. Determinadas poblaciones también pueden encontrarse insuficientemente representadas.

En estas circunstancias, la práctica basada en evidencia no deja de ser posible.

Precisamente exige reconocer los límites del conocimiento.

Cuando la evidencia posee mayor incertidumbre, la experiencia profesional y las preferencias individuales pueden adquirir un papel particularmente relevante.

Esto no significa presentar opiniones profesionales como hechos científicos.

El grado de certeza debe comunicarse.

Una decisión informada necesita conocer tanto aquello que se sabe como aquello que permanece incierto.

Valores, preferencias y circunstancias personales

Los valores representan aquello que una persona considera importante en su vida. Pueden relacionarse con independencia, longevidad, funcionalidad, comodidad, responsabilidades familiares o capacidad para continuar determinadas actividades.

Las preferencias son expresiones más concretas de esos valores frente a alternativas específicas.

Dos personas pueden recibir exactamente la misma información científica y adoptar decisiones diferentes sin que una de ellas sea necesariamente incorrecta.

Por ejemplo, una persona puede preferir maximizar la probabilidad de un beneficio clínico aun aceptando efectos adversos significativos, mientras otra puede otorgar mayor importancia a mantener determinadas capacidades.

Cuando ambas alternativas son clínicamente razonables, estas diferencias adquieren relevancia.

Tringale et al. (2022) destacan precisamente que la incorporación de valores y preferencias constituye una condición esencial para desarrollar atención verdaderamente centrada en el paciente.

Preferencias informadas

Para que una preferencia pueda integrarse adecuadamente, la persona necesita comprender las alternativas.

Una elección basada en información incompleta o malinterpretada no posee las mismas condiciones de autonomía que una elección suficientemente informada.

El profesional debe explicar beneficios, riesgos, incertidumbres y posibles consecuencias utilizando un lenguaje accesible.

La comunicación del riesgo merece especial atención.

Las probabilidades pueden interpretarse de manera diferente según cómo se presenten.

Por ello, conviene utilizar formatos consistentes y, cuando resulte pertinente, explicar riesgos absolutos además de cambios relativos.

El objetivo no consiste en dirigir al paciente hacia una respuesta predeterminada, sino en proporcionarle información que pueda utilizar para valorar las alternativas.

Circunstancias no equivalen a preferencias

La situación social y material de la persona también debe formar parte del análisis, pero conviene distinguirla de las preferencias.

Una persona puede preferir determinada alternativa y escoger otra porque no puede asumir los costos, desplazamientos o requerimientos asociados.

En este caso existe una restricción y no necesariamente una preferencia auténtica.

Esta diferencia posee importancia ética.

Cuando una barrera puede modificarse, identificarla puede ampliar las alternativas disponibles.

La práctica basada en evidencia necesita reconocer que las decisiones se desarrollan dentro de circunstancias concretas y que la capacidad real para elegir no siempre es igual.

Toma de decisiones compartida como mecanismo de integración

La toma de decisiones compartida representa uno de los principales mecanismos mediante los cuales evidencia, experiencia y preferencias pueden integrarse.

Hoque (2024) describe este enfoque como un proceso colaborativo en el que la evidencia científica se combina con objetivos, valores y preferencias de los pacientes.

El proceso comienza identificando que existe una decisión relevante.

Posteriormente, el profesional presenta las alternativas razonables, explica beneficios, riesgos e incertidumbres y aporta su interpretación clínica.

La persona expresa qué resultados considera importantes y qué cargas está dispuesta a asumir.

Finalmente, la decisión intenta integrar ambas perspectivas.

La toma de decisiones compartida no implica que el profesional renuncie a formular recomendaciones. Tampoco exige que el paciente se convierta en experto científico. Cada participante aporta conocimientos diferentes y complementarios.

Decisiones sensibles a preferencias

No todas las decisiones poseen el mismo grado de sensibilidad frente a las preferencias.

En una emergencia donde existe una intervención claramente indicada para evitar un daño inmediato, el margen deliberativo puede ser reducido.

En cambio, cuando diferentes alternativas poseen beneficios comparables y distintas cargas, las preferencias adquieren un peso considerable.

La integración necesita reconocer esta diferencia.

Presentar una opción como obligatoria cuando existen alternativas razonables disminuye innecesariamente la autonomía. Sin embargo, presentar como completamente equivalente una situación donde la evidencia favorece de manera clara una alternativa puede producir confusión.

La función profesional consiste en comunicar con precisión cuánto margen real existe y cuál es la fortaleza de la recomendación.

Ayudas para la toma de decisiones

Las ayudas para decisiones pueden facilitar la integración al presentar de manera estructurada las opciones, beneficios, riesgos y preguntas relevantes.

Estas herramientas pueden utilizar gráficos, tablas o ejercicios para explorar valores.

Su finalidad consiste en apoyar la conversación.

No sustituyen el juicio clínico ni determinan cuál es la mejor alternativa para una persona.

La utilidad depende de la calidad y actualidad de la evidencia utilizada, además de la accesibilidad del formato.

Una herramienta científicamente correcta pero incomprensible puede resultar poco útil.

Por ello, su diseño también necesita considerar alfabetización en salud.

Aplicaciones en enfermedades crónicas y multimorbilidad

Las enfermedades crónicas representan un escenario especialmente relevante porque las decisiones deben mantenerse durante periodos prolongados.

La efectividad observada en condiciones de investigación no garantiza que un plan resulte sostenible dentro de la vida cotidiana.

La persona puede informar qué componentes generan mayores dificultades, mientras que el profesional puede valorar riesgos y alternativas.

La multimorbilidad aumenta la complejidad.

Una misma persona puede recibir recomendaciones provenientes de varias guías. Aplicarlas todas independientemente puede aumentar polifarmacia y carga terapéutica.

En estos casos, la evidencia de cada enfermedad necesita integrarse dentro de objetivos globales.

El juicio profesional ayuda a priorizar riesgos y posibles interacciones, mientras que las preferencias permiten determinar qué resultados poseen mayor significado.

Este escenario demuestra claramente por qué la práctica basada en evidencia no puede convertirse en una acumulación de recomendaciones separadas.

Personas mayores y objetivos relevantes

En las personas mayores, la integración de evidencia, experiencia y preferencias puede adquirir particular importancia debido a la heterogeneidad clínica.

La edad cronológica por sí sola no determina qué intervención resulta apropiada.

Debe considerarse funcionalidad, comorbilidad, fragilidad, capacidad decisoria y objetivos personales.

Para algunas personas, maximizar supervivencia puede representar la principal prioridad. Para otras, preservar independencia o disminuir efectos adversos puede poseer mayor importancia.

La evidencia proporciona estimaciones de beneficios y riesgos; la experiencia profesional permite interpretar su aplicabilidad; y la persona aporta el significado que esos resultados tienen dentro de su vida.

Final de vida y decisiones complejas

Las situaciones de enfermedad avanzada muestran de forma especialmente clara la importancia de la integración.

La evidencia puede informar probabilidades de respuesta y cargas de determinadas intervenciones.

El profesional aporta experiencia para interpretar pronóstico y posibilidades reales.

Sin embargo, solamente la persona puede establecer qué resultados considera aceptables y qué objetivos desea priorizar.

La disponibilidad tecnológica no determina por sí misma la pertinencia de una intervención.

Las decisiones necesitan analizar proporcionalidad, beneficios, riesgos y preferencias.

Cuando la persona no puede decidir, la participación de representantes puede ayudar a reconstruir valores previamente expresados y orientar el cuidado hacia sus intereses.

Tensiones entre evidencia, experiencia y preferencias

En la práctica pueden aparecer situaciones en las que los tres componentes no parecen coincidir.

Un profesional puede percibir que su experiencia contradice los resultados de la investigación. Antes de descartar una de las fuentes, resulta necesario analizar la calidad de la evidencia y las características de la población.

Puede ocurrir que los pacientes atendidos sean diferentes de los incluidos en los estudios. También es posible que la experiencia individual esté influida por casos especialmente memorables.

Cuando la evidencia es sólida y aplicable, la experiencia aislada no debería utilizarse como único argumento para rechazarla.

En otras situaciones, el paciente puede preferir una opción diferente de la recomendación profesional.

La primera respuesta debería consistir en comprender las razones.

Puede existir una preocupación relacionada con efectos adversos, costos, experiencias anteriores o valores personales.

El profesional necesita explicar la evidencia y las posibles consecuencias, pero una persona con capacidad suficiente puede mantener una decisión diferente después de comprender la información.

Integrar preferencias no significa considerar todas las alternativas igualmente válidas. Permite mantener una recomendación profesional sin transformar el desacuerdo en abandono o coerción.

Situaciones con evidencia insuficiente

Cuando la evidencia es limitada, el profesional debe actuar con mayor reconocimiento de incertidumbre.

Puede ser necesario utilizar experiencia y consenso profesional, pero diferenciándolos claramente del conocimiento respaldado por investigaciones de alta certeza.

Las preferencias pueden adquirir un papel mayor cuando las alternativas presentan incertidumbres semejantes.

La transparencia es esencial.

La persona debería conocer cuándo existe respaldo científico robusto y cuándo la decisión se desarrolla dentro de un escenario de evidencia limitada.

Esto contribuye a evitar una falsa sensación de certeza.

Guías clínicas y personalización

Las guías sintetizan evidencia y pueden facilitar decisiones, pero continúan requiriendo contextualización.

No deben aplicarse como algoritmos rígidos cuando existen razones clínicas justificadas para adaptarlas.

La desviación de una recomendación tampoco debería basarse únicamente en preferencias profesionales.

Necesita una razón explicable.

La práctica basada en evidencia se sitúa precisamente entre estos extremos: evita tanto la aplicación automática de recomendaciones como la variabilidad injustificada basada únicamente en opiniones.

El objetivo consiste en utilizar la evidencia de forma consistente y, al mismo tiempo, suficientemente flexible para responder a circunstancias individuales.

Contexto organizacional como condición de la integración

Aunque tradicionalmente se describen tres componentes fundamentales, las decisiones ocurren dentro de organizaciones reales.

Una intervención puede resultar científicamente apropiada y compatible con las preferencias del paciente, pero enfrentar dificultades de implementación debido a recursos o estructura del servicio.

Los modelos contemporáneos de práctica basada en evidencia reconocen la importancia del contexto y de la implementación (Dusin et al., 2023).

Esto no significa aceptar permanentemente una atención inferior porque existen limitaciones.

El contexto debe utilizarse para identificar barreras y orientar mejoras.

La organización debe procurar crear condiciones que permitan utilizar evidencia y respetar preferencias de manera sostenible.

Adaptación e implementación

Implementar una decisión requiere determinar qué componentes de la intervención necesitan mantenerse y cuáles pueden adaptarse.

Una modificación excesiva puede reducir su efectividad.

Por ello, la adaptación debe desarrollarse de manera reflexiva.

Fontaine et al. (2024) encontraron que estrategias multifacéticas para implementar prácticas de enfermería basadas en evidencia pueden ofrecer ventajas frente a estrategias aisladas, aunque los efectos sobre resultados en pacientes continúan siendo variables.

Este hallazgo refuerza la necesidad de evaluar el proceso después de implementarlo.

La decisión basada en evidencia no garantiza automáticamente que la intervención produzca los mismos resultados observados en investigación.

Participación del paciente dentro de los modelos basados en evidencia

Aunque la práctica basada en evidencia reconoce conceptualmente los valores del paciente, su incorporación efectiva continúa presentando desafíos.

Dusin y Peltzer (2024) identificaron una integración desigual de la participación del paciente entre diferentes marcos de práctica basada en evidencia.

Este resultado posee una implicación importante: incluir las palabras "valores y preferencias" dentro de una definición no garantiza que sean realmente exploradas.

Los sistemas necesitan mecanismos concretos.

Preguntas relacionadas con objetivos, herramientas de decisión y oportunidades para discutir alternativas pueden facilitar la participación.

La perspectiva del paciente debe incorporarse al proceso y no únicamente mencionarse como principio.

Resultados relevantes para las personas

La integración también depende de que la evidencia mida resultados significativos.

Un estudio puede demostrar cambios importantes en un indicador biológico y proporcionar poca información sobre funcionalidad o calidad de vida.

Esto puede limitar su utilidad para algunas decisiones.

La práctica basada en evidencia debe preguntarse qué resultados fueron evaluados y si corresponden a aquello que importa al paciente.

Este punto adquiere particular relevancia en enfermedades crónicas y tratamientos que generan cargas prolongadas.

La evidencia clínicamente útil necesita permitir comprender tanto los efectos biomédicos como las consecuencias significativas para la vida cotidiana.

Documentación y continuidad de las decisiones

En decisiones complejas puede ser importante documentar los elementos que influyeron en la elección.

Registrar objetivos, preferencias y razones clínicas facilita continuidad.

Otro profesional puede comprender por qué se seleccionó una alternativa determinada.

Esto resulta especialmente útil cuando existe una adaptación respecto de recomendaciones generales.

La documentación también permite revisar posteriormente la decisión cuando cambian las circunstancias.

El razonamiento basado en evidencia debe ser suficientemente transparente para permitir comprensión y seguimiento.

Reevaluación de decisiones

Las decisiones no deben considerarse necesariamente definitivas.

Las preferencias pueden cambiar, la situación clínica puede evolucionar y nueva evidencia puede modificar el balance entre beneficios y riesgos.

La práctica basada en evidencia es dinámica.

En enfermedades crónicas, esta característica resulta especialmente importante.

Un tratamiento aceptable inicialmente puede generar posteriormente una carga excesiva.

La reevaluación permite ajustar el plan.

Cada resultado se convierte en información para la siguiente decisión.

Cultura institucional para integrar ciencia y preferencias

Los profesionales requieren organizaciones que faciliten el proceso.

El acceso a literatura, formación metodológica y sistemas de apoyo a decisiones puede favorecer la utilización de evidencia.

Asimismo, las instituciones deben ofrecer condiciones para que exista participación.

Una consulta excesivamente breve puede limitar la posibilidad de explorar preferencias incluso cuando el profesional posee intención de hacerlo.

La cultura organizacional también debe permitir discusión crítica.

Revisar una práctica no debería interpretarse automáticamente como cuestionamiento personal.

El objetivo es mejorar la calidad mediante aprendizaje continuo.

Tecnología como apoyo al razonamiento

Los sistemas digitales pueden facilitar acceso a evidencia, alertas y herramientas de apoyo clínico.

Sin embargo, una recomendación automatizada no elimina la necesidad de interpretación.

La tecnología puede procesar grandes cantidades de información y estimar riesgos, pero no determina por sí sola qué resultado tiene mayor significado para una persona.

La inteligencia artificial amplía esta capacidad analítica, pero continúa necesitando supervisión profesional y deliberación humana.

Dentro de la práctica basada en evidencia, la tecnología debe actuar como soporte del razonamiento y no como sustituto automático de la decisión clínica.

Competencias científicas y relacionales

La integración exige más que habilidades de búsqueda bibliográfica.

El profesional necesita comprender investigación y, al mismo tiempo, explicar sus resultados en un lenguaje que pueda utilizarse dentro de una decisión.

También necesita explorar objetivos y preferencias.

Una persona puede poseer excelentes competencias metodológicas y presentar dificultades para incorporar la perspectiva del paciente.

Por ello, la formación debe integrar dimensiones científicas y relacionales.

Esta combinación conecta directamente la práctica basada en evidencia con los principios de humanización desarrollados previamente.

La ciencia determina aquello que puede ofrecerse razonablemente; la relación terapéutica permite determinar cómo esa información adquiere significado para una persona.

Síntesis integradora

La integración de evidencia científica, experiencia profesional y preferencias del paciente constituye el núcleo de una práctica basada en evidencia auténtica. Cada componente responde a una pregunta distinta pero complementaria: la evidencia informa qué resultados pueden esperarse; la experiencia permite interpretar esos resultados dentro de la situación concreta; y los valores y preferencias permiten determinar qué consecuencias resultan más importantes para quien recibirá la intervención.

La literatura contemporánea mantiene esta tríada como fundamento del enfoque y, al mismo tiempo, muestra que la incorporación efectiva de la perspectiva del paciente continúa siendo desigual en algunos modelos y contextos (Tringale et al., 2022; Dusin & Peltzer, 2024).

La toma de decisiones compartida ofrece uno de los mecanismos más claros para desarrollar esta integración, porque permite presentar evidencia y recomendaciones profesionales mientras se exploran los objetivos y prioridades individuales (Hoque, 2024).

El proceso puede generar tensiones. La experiencia puede parecer contradictoria con la investigación; las preferencias pueden diferir de la recomendación clínica; y en algunos casos la evidencia puede ser insuficiente. Estas situaciones no invalidan el enfoque. Demuestran precisamente la necesidad de deliberación, transparencia y razonamiento crítico.

La decisión clínicamente sólida no es aquella que simplemente reproduce la conclusión de un estudio ni aquella que se fundamenta únicamente en la experiencia profesional o en una preferencia aislada. Es aquella capaz de integrar de manera justificable **la mejor evidencia disponible, el juicio profesional y aquello que resulta significativo para la persona**, considerando además las condiciones reales donde deberá implementarse.

Esta integración permite superar una falsa oposición entre ciencia y humanización. La evidencia protege frente a prácticas infundadas; la experiencia permite contextualizarla; y las preferencias evitan que la persona desaparezca detrás de resultados poblacionales. De esta manera, la práctica basada en evidencia se convierte en una forma de cuidado científicamente rigurosa y simultáneamente centrada en las personas.

3.3. Búsqueda, selección y valoración crítica de evidencia científica

La práctica basada en evidencia depende de la capacidad para identificar información científica pertinente, seleccionar aquella que responde realmente a una pregunta clínica y valorar críticamente su calidad antes de utilizarla en la toma de decisiones. La disponibilidad creciente de publicaciones científicas ha facilitado el acceso al conocimiento, pero también ha incrementado la complejidad del proceso. El desafío contemporáneo no consiste únicamente en encontrar información, sino en diferenciar evidencia válida y aplicable de aquella que presenta limitaciones metodológicas, escasa relevancia clínica o poca correspondencia con la situación que se intenta resolver.

La búsqueda y valoración de evidencia deben entenderse como procesos vinculados. Una estrategia de búsqueda deficiente puede omitir investigaciones relevantes, mientras que una selección basada únicamente en títulos atractivos o conclusiones favorables puede introducir sesgos en la interpretación. Del mismo modo, localizar un estudio metodológicamente sólido no garantiza que sus resultados sean aplicables a todos los pacientes o contextos.

Por ello, la práctica basada en evidencia requiere competencias que permitan pasar de una necesidad clínica a una búsqueda sistemática, posteriormente a una selección razonada y finalmente a una valoración crítica que considere validez, riesgo de sesgo, precisión, relevancia clínica y aplicabilidad.

De la incertidumbre clínica a una búsqueda estructurada

La búsqueda científica comienza con la identificación clara del problema que necesita respuesta. Una pregunta excesivamente amplia puede producir miles de documentos difícilmente manejables, mientras que una formulación demasiado restrictiva puede excluir información pertinente.

La estructura de la pregunta depende de su naturaleza. Las preguntas relacionadas con intervenciones suelen considerar población, intervención, comparación y resultados. Sin embargo, los problemas relacionados con diagnóstico, pronóstico, etiología, experiencias o implementación pueden requerir estructuras diferentes.

Lo importante no consiste en aplicar un único esquema a cualquier problema, sino en definir los componentes esenciales que permitan localizar la evidencia adecuada.

Una pregunta bien formulada ayuda a seleccionar términos de búsqueda, identificar fuentes apropiadas y establecer criterios para determinar qué estudios son realmente relevantes.

Selección de fuentes científicas

La búsqueda debe priorizar fuentes capaces de proporcionar información científica trazable y evaluable. Las bases de datos bibliográficas especializadas permiten acceder a investigaciones originales, revisiones sistemáticas y otros documentos sometidos a procesos editoriales científicos.

La utilización de una única base puede resultar insuficiente en búsquedas exhaustivas, debido a que la cobertura de revistas y disciplinas varía. Sin embargo, las necesidades de una decisión clínica inmediata son diferentes de las de una revisión sistemática. En el primer caso puede resultar razonable comenzar con síntesis de evidencia de alta calidad; en el segundo, se necesita una estrategia mucho más amplia y reproducible.

La eficiencia también forma parte de una búsqueda responsable. Cuando existe una revisión sistemática reciente y metodológicamente sólida que responde de manera directa a la pregunta, puede no ser necesario revisar inicialmente cada estudio primario de manera independiente.

No obstante, siempre debe comprobarse su actualidad y correspondencia con la pregunta.

Construcción de estrategias de búsqueda

La identificación de términos adecuados representa una etapa importante. Los conceptos principales pueden expresarse de distintas maneras dentro de la literatura científica, por lo que suele ser necesario utilizar sinónimos, variantes terminológicas y vocabularios controlados cuando la base consultada los posee.

Los operadores booleanos permiten relacionar conceptos y ampliar o restringir los resultados. Sin embargo, una estrategia excesivamente compleja no es necesariamente mejor. Su calidad depende de lograr un equilibrio entre sensibilidad —capacidad para recuperar estudios relevantes— y especificidad —capacidad para evitar una cantidad excesiva de documentos irrelevantes—.

La búsqueda también debe considerar límites de fecha solamente cuando exista una razón metodológica para utilizarlos. Excluir investigaciones antiguas únicamente porque poseen más años puede ser inapropiado si representan evidencia fundacional o continúan siendo relevantes.

En cambio, en áreas caracterizadas por rápida innovación, la actualidad adquiere mayor importancia.

Selección de estudios pertinentes

Después de localizar los documentos, comienza un proceso de selección basado en criterios previamente definidos.

La pertinencia debe analizarse considerando la población estudiada, intervención o exposición, resultados evaluados y diseño metodológico.

Una investigación puede poseer excelente calidad y no responder a la pregunta clínica concreta.

Por ejemplo, un ensayo realizado en adultos jóvenes puede tener aplicabilidad limitada para una población de personas mayores con multimorbilidad si existen diferencias relevantes entre ambos grupos.

Por ello, la selección no debe confundirse con la valoración de calidad.

Primero se determina si un estudio es pertinente para la pregunta; posteriormente se analiza si sus resultados son suficientemente confiables.

Lectura del título, resumen y texto completo

La selección suele desarrollarse progresivamente. El título permite descartar documentos claramente irrelevantes, mientras que el resumen aporta información adicional sobre diseño, población e intervención.

Sin embargo, determinadas decisiones no pueden adoptarse únicamente a partir del resumen.

La evaluación completa de criterios de inclusión y de calidad requiere acceder al texto íntegro.

Los resúmenes presentan información limitada y pueden enfatizar resultados positivos sin describir detalladamente las limitaciones metodológicas.

Por ello, las decisiones relevantes deben basarse en el análisis del estudio completo cuando sea posible.

Valoración crítica de la evidencia

La valoración crítica constituye el proceso mediante el cual se analiza si una investigación fue diseñada, desarrollada y reportada de manera que permita confiar razonablemente en sus resultados.

No consiste en buscar defectos para descartar estudios.

Todo estudio posee limitaciones.

El objetivo es determinar en qué medida esas limitaciones podrían modificar las conclusiones.

Stone et al. (2023) señalan que la terminología relacionada con "valoración crítica", "calidad metodológica" y "riesgo de sesgo" debe utilizarse con precisión, debido a que estos conceptos no son completamente equivalentes. El riesgo de sesgo se concentra fundamentalmente en la posibilidad de que características del diseño, ejecución o análisis produzcan desviaciones sistemáticas en los resultados.

Esta diferenciación mejora el rigor del análisis porque evita convertir la valoración en una simple puntuación general del estudio.

Riesgo de sesgo

El sesgo representa una desviación sistemática capaz de alterar la estimación de un resultado.

Puede aparecer durante diferentes etapas de una investigación: selección de participantes, asignación de intervenciones, medición de resultados, pérdida de seguimiento, análisis o reporte.

Munn et al. (2023) destacan que la evaluación del riesgo de sesgo debe considerar las características específicas de cada diseño y no limitarse a una valoración genérica de "buena" o "mala" calidad.

Esta perspectiva ha llevado al desarrollo de herramientas específicas para diferentes tipos de investigación.

Los aspectos relevantes en un ensayo clínico no son necesariamente los mismos que deben analizarse en un estudio de cohortes, transversal o cuasiexperimental.

Herramientas de valoración crítica

Las herramientas estructuradas pueden mejorar la consistencia del proceso al recordar qué aspectos metodológicos deben examinarse.

Sin embargo, ninguna lista de verificación sustituye el razonamiento.

Responder afirmativamente a un determinado número de preguntas no debería convertirse automáticamente en una puntuación global de calidad.

La interpretación necesita considerar la importancia de cada problema potencial.

Barker et al. (2024), al presentar la herramienta revisada de JBI para estudios cuasiexperimentales, enfatizan precisamente una valoración orientada hacia dominios específicos de riesgo de sesgo y validez interna, en lugar de una evaluación superficial mediante una suma indiscriminada de ítems.

Por ello, las herramientas funcionan mejor cuando guían una evaluación reflexiva.

Diseño del estudio y pregunta de investigación

La valoración comienza preguntando si el diseño utilizado resulta adecuado para responder el problema.

Un ensayo clínico aleatorizado puede ser apropiado para evaluar una intervención, pero no necesariamente para comprender la experiencia subjetiva de vivir con una enfermedad.

De manera similar, un estudio cualitativo puede proporcionar información profunda sobre barreras, valores o percepciones, pero no está diseñado para estimar el efecto causal de un medicamento.

La calidad metodológica debe evaluarse dentro de los objetivos del diseño.

Esto impide utilizar una jerarquía simplificada que considere un tipo de estudio universalmente superior a todos los demás.

Selección de participantes

La manera en que se seleccionan los participantes puede afectar los resultados.

Si las personas incluidas difieren sistemáticamente de aquellas que no participaron, puede aparecer sesgo de selección.

También resulta necesario conocer criterios de inclusión y exclusión.

Criterios muy restrictivos pueden aumentar el control metodológico, pero disminuir la aplicabilidad a poblaciones más diversas.

Por ello, la selección debe analizarse desde dos perspectivas: su efecto sobre la validez interna y su influencia sobre la posibilidad de generalizar los resultados.

Medición de variables y resultados

La calidad de las mediciones constituye otro elemento fundamental.

Los instrumentos deben medir razonablemente aquello que pretenden evaluar y utilizarse de forma consistente.

Cuando los resultados dependen de evaluaciones subjetivas, la falta de procedimientos estandarizados puede introducir sesgo.

También debe analizarse si los resultados seleccionados poseen relevancia clínica.

Una intervención puede producir cambios estadísticamente significativos en un marcador intermedio sin demostrar necesariamente un beneficio relevante para la persona.

Por ello, la valoración crítica necesita preguntarse no solamente si se obtuvo un resultado, sino qué significado posee.

Control de factores de confusión

En estudios observacionales, las asociaciones pueden estar influidas por variables diferentes de aquella que se pretende investigar.

Los factores de confusión pueden generar una apariencia de relación o modificar su magnitud.

La valoración debe analizar si los investigadores identificaron variables relevantes y utilizaron estrategias apropiadas para controlarlas.

Sin embargo, el ajuste estadístico tampoco elimina necesariamente todo riesgo de confusión.

Pueden existir variables no medidas o medidas de manera insuficiente.

Por ello, los resultados observacionales necesitan interpretarse de acuerdo con las limitaciones inherentes al diseño.

Pérdidas de seguimiento y datos faltantes

La pérdida de participantes puede modificar los resultados cuando quienes abandonan el estudio presentan características diferentes de quienes permanecen.

No basta con conocer qué porcentaje se perdió.

También resulta necesario analizar por qué ocurrió y si las pérdidas fueron diferentes entre grupos.

El tratamiento de los datos faltantes debe igualmente evaluarse.

Diferentes métodos estadísticos implican supuestos que pueden influir sobre las estimaciones.

Estos aspectos pueden parecer técnicos, pero afectan directamente la confianza que puede depositarse en las conclusiones.

Análisis estadístico y precisión

El análisis debe corresponder al diseño y al tipo de datos.

Además del valor de *p*, resultan relevantes los intervalos de confianza y las medidas de efecto.

Los intervalos amplios reflejan mayor imprecisión.

Un resultado puede sugerir beneficio y, simultáneamente, ser compatible con efectos clínicamente muy diferentes.

La valoración crítica necesita reconocer esta incertidumbre.

La ausencia de precisión debe reflejarse posteriormente en la fuerza con la que se formule una conclusión o recomendación.

Reporte selectivo y publicación

Otra cuestión importante es determinar si todos los resultados relevantes fueron comunicados.

Existe riesgo de sesgo cuando los resultados favorables poseen mayor probabilidad de publicarse o recibir énfasis que aquellos nulos o desfavorables.

Por ello, la interpretación del conjunto de evidencia no debería depender únicamente de estudios individuales positivos.

Las revisiones sistemáticas pueden ayudar a reunir resultados diversos, aunque ellas mismas también requieren evaluación crítica.

La existencia de una revisión no garantiza automáticamente ausencia de sesgo.

Valoración de revisiones sistemáticas

Las revisiones sistemáticas ocupan un lugar importante porque buscan identificar, seleccionar y sintetizar estudios mediante métodos explícitos.

Sin embargo, su calidad depende de la pregunta, estrategia de búsqueda, criterios de selección, evaluación de los estudios incluidos y métodos de síntesis.

Patel et al. (2022) destacan que la valoración de una revisión debe considerar tanto la validez de sus métodos como la aplicabilidad de sus resultados a la atención del paciente.

Una revisión sistemática basada en estudios con alto riesgo de sesgo no transforma automáticamente esa evidencia en evidencia sólida.

La síntesis puede organizar información, pero no elimina las limitaciones de los estudios originales.

Metaanálisis e interpretación de resultados combinados

El metaanálisis puede combinar cuantitativamente resultados de diferentes estudios cuando existe suficiente semejanza metodológica y clínica.

El resultado conjunto puede aumentar precisión, pero necesita interpretarse junto con la heterogeneidad.

Cuando los estudios difieren considerablemente en poblaciones, intervenciones o métodos, una estimación promedio puede ocultar diferencias importantes.

Por ello, un metaanálisis no debería considerarse automáticamente superior por utilizar una técnica estadística más compleja.

Su valor depende de la calidad y comparabilidad de los estudios incluidos.

Aplicabilidad clínica

Después de analizar la validez debe plantearse una pregunta diferente: ¿estos resultados pueden utilizarse en la situación concreta?

La aplicabilidad depende de semejanzas entre la población estudiada y el paciente, disponibilidad de recursos, características del entorno y viabilidad de la intervención.

También deben considerarse los resultados evaluados.

Un estudio puede ser metodológicamente excelente y responder una pregunta poco relevante para las prioridades de la persona.

Por ello, la valoración crítica conecta necesariamente con la toma de decisiones.

La evidencia más rigurosa pierde utilidad clínica cuando no responde a las necesidades del caso.

Actualidad de la evidencia

La fecha de publicación no constituye por sí sola un indicador de calidad.

Sin embargo, la actualidad debe considerarse especialmente en áreas donde aparecen rápidamente nuevas tecnologías, medicamentos o procedimientos.

También resulta importante distinguir entre evidencia clásica todavía vigente y conocimiento que ha sido superado.

La actualización no significa descartar automáticamente estudios antiguos.

Significa comprobar si existen investigaciones posteriores capaces de modificar las conclusiones.

Inteligencia artificial y búsqueda científica

Las herramientas basadas en inteligencia artificial pueden facilitar determinadas etapas de recuperación, clasificación y síntesis de información, pero no deberían sustituir la verificación de las fuentes ni la valoración metodológica.

Un resumen automatizado puede contener errores, omitir limitaciones o interpretar incorrectamente un resultado.

La responsabilidad profesional exige acceder a la fuente científica relevante antes de utilizarla para una decisión clínica.

La tecnología puede disminuir cargas de búsqueda, pero la confiabilidad del proceso continúa dependiendo de la calidad de los documentos y de la capacidad para evaluarlos.

Del artículo individual al conjunto de evidencia

Una decisión clínica importante rara vez debería depender de un único estudio cuando existe un conjunto más amplio de evidencia.

Los resultados individuales pueden ser influidos por azar, características específicas de la población o limitaciones metodológicas.

Las síntesis científicas permiten analizar consistencia entre investigaciones.

Sin embargo, la cantidad de estudios tampoco sustituye su calidad.

Diez estudios con limitaciones semejantes no necesariamente proporcionan mayor certeza que una investigación rigurosa.

La evaluación necesita considerar calidad, consistencia, precisión y aplicabilidad de forma conjunta.

Competencias para la valoración crítica

La lectura crítica constituye una competencia que requiere formación y práctica.

Los profesionales necesitan comprender elementos básicos de metodología y estadística, pero también desarrollar capacidad para formular preguntas sobre aquello que leen.

¿Qué diseño se utilizó? ¿Qué sesgos podrían haber afectado los resultados? ¿La magnitud del efecto es clínicamente relevante? ¿Qué nivel de incertidumbre existe? ¿Puede aplicarse a la población atendida?

Estas preguntas ayudan a evitar una interpretación basada únicamente en las conclusiones de los autores.

La valoración crítica convierte al profesional en usuario activo del conocimiento científico.

Síntesis integradora

La búsqueda, selección y valoración crítica constituyen etapas esenciales para transformar la información científica disponible en evidencia útil para la atención. Una búsqueda adecuada permite localizar estudios relevantes; la selección determina cuáles responden realmente a la pregunta; y la valoración crítica establece cuánto puede confiarse en sus resultados.

La literatura metodológica reciente ha reforzado la necesidad de diferenciar la valoración crítica global del análisis específico del riesgo de sesgo y de utilizar herramientas adaptadas a cada diseño (Stone et al., 2023; Munn et al., 2023; Barker et al., 2024).

Por ello, seleccionar evidencia no significa simplemente elegir los estudios más recientes o aquellos que respaldan una intervención. Significa desarrollar un proceso transparente que considere **pertinencia, validez, riesgo de sesgo, precisión, relevancia clínica y aplicabilidad**.

La práctica basada en evidencia depende de esta capacidad crítica. Solamente después de determinar qué tan confiable y pertinente es el conocimiento disponible puede utilizarse responsablemente para formular recomendaciones, construir guías y orientar protocolos asistenciales.

Número de palabras: aproximadamente 2.850.

3.4. Guías de práctica clínica y protocolos asistenciales

Las guías de práctica clínica y los protocolos asistenciales constituyen herramientas fundamentales para trasladar la evidencia científica hacia decisiones y procesos concretos de atención. Su finalidad general consiste en reducir variaciones injustificadas, favorecer la seguridad, orientar a los profesionales y facilitar que el conocimiento científico se incorpore de manera sistemática a los servicios. Sin embargo, guía y protocolo no son conceptos equivalentes y su utilización adecuada requiere comprender sus diferencias, alcances y limitaciones.

Las guías de práctica clínica proporcionan recomendaciones elaboradas a partir de la evaluación sistemática de evidencia y del análisis de beneficios, riesgos y otras consideraciones relevantes. Los protocolos, en cambio, suelen traducir recomendaciones y normas hacia secuencias operativas adaptadas a un contexto institucional determinado. Esta diferencia resulta importante: la guía orienta la decisión; el protocolo organiza cómo debe desarrollarse un proceso concreto dentro de determinadas condiciones.

La existencia de una guía científicamente sólida tampoco garantiza que sus recomendaciones sean utilizadas correctamente. La implementación constituye un proceso complejo influido por profesionales, recursos, cultura organizacional, características de las recomendaciones y contexto local (De Hert & de Paula-Garcia, 2024).

Función de las guías de práctica clínica

Las guías permiten reunir y sintetizar grandes cantidades de información para convertirlas en recomendaciones clínicamente utilizables.

El profesional que necesita tomar una decisión no siempre dispone de tiempo para revisar todos los estudios disponibles. Una guía rigurosa puede proporcionar una síntesis de evidencia acompañada de recomendaciones que reflejen su calidad y balance entre beneficios y riesgos.

Esto favorece decisiones más consistentes.

Sin embargo, las guías no eliminan el juicio clínico.

Sus recomendaciones se construyen para grupos de pacientes y necesitan interpretarse considerando las características de la persona concreta.

Por ello, su finalidad es apoyar y no sustituir el razonamiento profesional.

Diferencia entre guía y protocolo

Una guía puede recomendar que determinados pacientes reciban una intervención bajo condiciones específicas.

El protocolo institucional desarrolla cómo se realizará esa intervención dentro de un servicio: quién será responsable, qué pasos deberán cumplirse, qué recursos se utilizarán y qué medidas de seguridad acompañarán el proceso.

Esta distinción permite comprender por qué dos instituciones pueden utilizar una misma guía y desarrollar protocolos ligeramente diferentes.

Las condiciones organizacionales no son idénticas.

Sin embargo, las adaptaciones no deberían modificar sin justificación los elementos esenciales respaldados por evidencia.

Un protocolo debe conservar coherencia con la recomendación que pretende implementar.

Desarrollo de recomendaciones

La elaboración de una guía de calidad necesita comenzar con preguntas claramente definidas.

Posteriormente se realiza una búsqueda y evaluación de la evidencia.

El proceso debe considerar beneficios, riesgos, certeza de la evidencia, preferencias de los pacientes, utilización de recursos y otros factores pertinentes.

La transparencia resulta esencial.

Los usuarios de una guía deben poder comprender cómo se llegó a una determinada recomendación.

Esto permite diferenciar recomendaciones respaldadas por evidencia sólida de aquellas formuladas en escenarios donde la certeza es menor.

La fuerza de la recomendación y la certeza de la evidencia no deben interpretarse como conceptos idénticos.

Una recomendación puede considerar, además de la evidencia, factores de factibilidad, equidad o balance entre beneficios y daños.

Participación multidisciplinaria

Las guías adquieren mayor riqueza cuando participan diferentes disciplinas y perspectivas.

Los problemas clínicos complejos rara vez pertenecen exclusivamente a una profesión.

La incorporación de especialistas metodológicos también resulta relevante para garantizar búsquedas, síntesis y valoración adecuadas.

La participación de pacientes o representantes puede aportar información acerca de resultados y cargas que poseen especial importancia desde su perspectiva.

Este componente conecta las guías con la atención centrada en la persona.

Una recomendación basada exclusivamente en resultados biomédicos puede omitir consecuencias significativas para la vida cotidiana.

Calidad de una guía

No todas las guías poseen el mismo rigor.

La existencia de una recomendación publicada por una institución no garantiza automáticamente su calidad.

Es necesario analizar cómo se buscó la evidencia, cómo se manejaron conflictos de interés, quiénes participaron, cómo se formularon las recomendaciones y qué mecanismos de actualización existen.

También debe considerarse si la guía describe claramente su población objetivo y contexto.

La transparencia permite que profesionales e instituciones juzguen si el documento constituye una base suficientemente sólida para orientar la práctica.

Actualización de las guías

Las recomendaciones pueden perder vigencia cuando aparece nueva evidencia.

Por ello, una guía necesita mecanismos de actualización.

La periodicidad dependerá del área.

En campos con rápida innovación, intervalos prolongados pueden producir recomendaciones obsoletas.

Esto no significa que todas las guías deban modificarse constantemente.

Los cambios deben ocurrir cuando nueva evidencia posee suficiente relevancia para alterar el balance entre beneficios y riesgos o modificar la certeza disponible.

La actualización forma parte de la responsabilidad científica de las organizaciones productoras.

Adaptación al contexto local

Desarrollar una guía completamente nueva requiere recursos metodológicos importantes.

Por ello, algunas instituciones optan por adaptar recomendaciones provenientes de documentos de alta calidad.

La adaptación no consiste en copiar.

Necesita analizar diferencias en población, disponibilidad de medicamentos, infraestructura, legislación, recursos y organización sanitaria.

Una recomendación puede ser científicamente válida y difícil de implementar dentro de un contexto específico.

La adaptación responsable busca preservar el fundamento científico y modificar solamente aquello necesario para lograr pertinencia local.

Construcción de protocolos asistenciales

Los protocolos traducen evidencia y recomendaciones hacia procedimientos organizados.

Un protocolo puede especificar criterios de identificación, responsabilidades, secuencia de acciones, registros necesarios y medidas ante posibles complicaciones.

Esta concreción favorece seguridad y consistencia.

Los protocolos resultan especialmente importantes en procesos donde los errores pueden tener consecuencias graves.

Sin embargo, el nivel de estandarización debe ser proporcional.

No toda situación clínica puede reducirse a una secuencia rígida.

El protocolo debe establecer claramente cuándo se requiere juicio profesional o escalamiento hacia otro nivel de decisión.

Estandarización y variabilidad clínica

Una de las principales funciones de las guías y protocolos consiste en disminuir variaciones injustificadas.

La variabilidad no es necesariamente negativa.

Dos pacientes con características diferentes pueden necesitar intervenciones diferentes.

La variación problemática aparece cuando personas con necesidades semejantes reciben cuidados distintos sin una justificación clínica razonable.

Los protocolos pueden disminuir esa inconsistencia.

Sin embargo, la estandarización excesiva puede generar otro problema: aplicar exactamente la misma respuesta a situaciones que requieren individualización.

El equilibrio entre consistencia y flexibilidad constituye uno de los retos centrales de estas herramientas.

Protocolos y seguridad

Los protocolos pueden actuar como barreras de seguridad al reducir omisiones y clarificar responsabilidades.

Listas de verificación, procedimientos de identificación, protocolos de medicación y rutas de respuesta ante deterioro clínico constituyen ejemplos de estandarización orientada a disminuir riesgos.

No obstante, seguir un protocolo no garantiza automáticamente seguridad.

Un documento desactualizado, mal diseñado o aplicado fuera de su población objetivo puede producir daños.

Por ello, la seguridad depende tanto de la calidad del protocolo como de la competencia con que se utiliza.

Implementación en la práctica

La implementación constituye uno de los puntos más difíciles.

De Hert y de Paula-Garcia (2024) destacan barreras relacionadas con conocimiento, actitudes, comportamiento profesional y condiciones externas, mostrando que la difusión de una guía por sí sola suele ser insuficiente para lograr cambios sostenidos.

Una institución puede publicar un protocolo en una plataforma y asumir que se está utilizando.

Sin embargo, los profesionales pueden desconocerlo, considerarlo difícil de aplicar o trabajar dentro de condiciones incompatibles con sus recomendaciones.

Por ello, la implementación debe planificarse.

Estrategias de implementación

Las estrategias pueden incluir formación, recordatorios, auditoría y retroalimentación, líderes clínicos, integración dentro de sistemas electrónicos y adaptación de flujos de trabajo.

No existe una estrategia universal.

La elección debe partir del análisis de las barreras locales.

Una revisión de Thoonsen et al. (2024) encontró diversidad de estrategias utilizadas por organizaciones productoras de guías para promover su implementación, lo que refleja la necesidad de intervenciones adaptadas al contexto.

Esto sugiere que la implementación debe considerarse desde el comienzo del desarrollo de una guía y no únicamente después de publicarla.

Evaluación de la implementación

Implementar una recomendación no significa simplemente conocer cuántos profesionales asistieron a una capacitación.

La evaluación necesita determinar si la práctica realmente cambió y si los resultados fueron los esperados.

De Mello et al. (2024) destacan que la evaluación de la implementación de guías constituye un proceso cíclico que puede utilizarse para orientar la mejora continua.

Los indicadores pueden incluir adherencia a recomendaciones, resultados clínicos, seguridad, tiempos, experiencia de pacientes y posibles efectos no deseados.

La finalidad consiste en conocer no solamente si el protocolo se utiliza, sino si funciona adecuadamente.

Auditoría y retroalimentación

La auditoría permite comparar la práctica real con estándares previamente definidos.

Cuando se identifican diferencias, la retroalimentación puede utilizarse para analizar las causas.

Sin embargo, los datos deben interpretarse cuidadosamente.

Una baja adherencia a una recomendación puede representar desconocimiento, limitaciones organizacionales o una adaptación clínicamente justificada.

Por ello, los indicadores no deberían utilizarse de forma automática como medidas de culpabilidad.

La evaluación debe permitir distinguir variación razonable de incumplimiento injustificado.

Barreras organizacionales

La falta de recursos puede impedir que una recomendación se cumpla incluso cuando los profesionales están de acuerdo con ella.

También pueden existir incompatibilidades con otros procesos, sobrecarga o ausencia de tecnologías necesarias.

De Hert y de Paula-Garcia (2024) subrayan precisamente que las barreras para implementar guías abarcan diferentes niveles y requieren estrategias dirigidas tanto a profesionales como al entorno asistencial.

La implementación debe evitar responsabilizar exclusivamente al trabajador cuando el sistema no proporciona condiciones para seguir la recomendación.

Participación profesional

La participación de quienes deberán utilizar el protocolo puede mejorar su pertinencia.

Los profesionales conocen detalles del flujo asistencial que pueden no ser visibles para quienes elaboran el documento.

Esto no significa que las recomendaciones científicas deban modificarse para adaptarse simplemente a las preferencias del equipo.

Significa que la forma operativa de implementarlas debe considerar la realidad del servicio.

La participación temprana también puede facilitar la comprensión del fundamento científico y reducir resistencia al cambio.

Participación del paciente

Las guías contemporáneas pueden incorporar la perspectiva del paciente durante el desarrollo y también facilitar decisiones compartidas posteriormente.

Cuando una recomendación posee varias alternativas razonables, la guía debería reflejarlo y señalar la necesidad de considerar preferencias.

Esto evita que los documentos se conviertan en herramientas excesivamente prescriptivas.

La evidencia reciente sobre guías centradas en la persona subraya precisamente la necesidad de contextualizar recomendaciones frente a circunstancias individuales y apoyar procesos de decisión compartida.

Protocolos y autonomía profesional

Existe preocupación de que la estandarización pueda disminuir autonomía profesional.

Sin embargo, la finalidad de un protocolo de calidad no consiste en eliminar el razonamiento clínico, sino en estructurar componentes que deberían realizarse de manera consistente.

La autonomía profesional no significa libertad para ignorar evidencia sin justificación.

De manera equivalente, el protocolo no debería exigir obediencia ciega frente a una situación que claramente requiere adaptación.

La práctica responsable exige documentar cuándo y por qué se realiza una desviación clínicamente justificada.

Protocolos y medicina defensiva

Una aplicación inadecuada de protocolos puede generar una cultura donde los profesionales cumplen procedimientos únicamente para protegerse administrativamente.

Esto puede aumentar intervenciones innecesarias.

La existencia de un protocolo no debería utilizarse como sustituto de un análisis clínico.

La mejor protección profesional continúa siendo una decisión razonada, documentada y coherente con evidencia y circunstancias.

Los protocolos deben favorecer esa decisión, no reemplazarla.

Integración digital

Los sistemas electrónicos pueden incorporar recomendaciones, alertas y rutas clínicas.

Esto puede facilitar adherencia y reducir omisiones.

Sin embargo, demasiadas alertas pueden producir fatiga y disminuir la atención hacia aquellas realmente importantes.

Por ello, el diseño del soporte digital necesita considerar usabilidad.

La automatización es útil cuando proporciona información pertinente en el momento adecuado.

Cuando genera interrupciones constantes sin valor, puede convertirse en una nueva barrera.

Equidad y guías clínicas

Las recomendaciones también deben analizarse desde la perspectiva de equidad.

Una intervención puede ser altamente efectiva y resultar inaccesible para determinados grupos.

Las guías no pueden resolver por sí solas las desigualdades estructurales, pero deberían considerar factibilidad y posibles impactos diferenciales.

Las instituciones, por su parte, necesitan reconocer cuándo un protocolo puede producir efectos distintos entre poblaciones.

La estandarización no debe convertirse en mecanismo para ignorar diferencias relevantes.

Protocolos ante emergencias

En situaciones críticas, la estandarización puede adquirir especial importancia porque existe poco tiempo para deliberar.

Los protocolos permiten definir acciones prioritarias y disminuir variabilidad.

Sin embargo, incluso en estos escenarios deben existir criterios para reconocer excepciones.

La formación y simulación ayudan a que los profesionales no dependan de leer instrucciones durante la emergencia, sino que comprendan la lógica del proceso.

La seguridad mejora cuando el protocolo se convierte en una herramienta conocida y practicada.

Revisión y desimplementación

La gestión de guías no consiste únicamente en incorporar nuevas prácticas.

También puede ser necesario abandonar intervenciones que han demostrado poco beneficio o riesgos innecesarios.

La desimplementación requiere identificar prácticas obsoletas y analizar por qué permanecen.

Las rutinas institucionales pueden mantenerse incluso después de que cambia la evidencia.

Por ello, revisar protocolos implica tanto añadir como retirar acciones.

Esta capacidad constituye una característica de las organizaciones que aprenden.

Síntesis integradora

Las guías de práctica clínica y los protocolos asistenciales constituyen mecanismos fundamentales para trasladar evidencia hacia la atención cotidiana. Las guías sintetizan conocimiento y formulan recomendaciones, mientras que los protocolos traducen esas recomendaciones hacia procedimientos organizados y contextualizados.

Su valor depende de la calidad metodológica, actualización, transparencia y capacidad de implementación.

La literatura reciente muestra que convertir recomendaciones en prácticas reales constituye un proceso complejo condicionado por factores profesionales y organizacionales y que la

evaluación debe formar parte de un ciclo de mejora continua (De Hert & de Paula-Garcia, 2024; de Mello et al., 2024).

Por ello, una guía no debe entenderse como una norma inflexible ni un protocolo como sustituto del juicio clínico. Ambos deben funcionar como **herramientas que reducen variaciones injustificadas, aumentan seguridad y facilitan decisiones coherentes con evidencia**, manteniendo espacio para individualización cuando las características del paciente lo requieren.

El objetivo final no consiste en aumentar el número de documentos institucionales, sino en lograr que las recomendaciones científicamente fundamentadas se conviertan en prácticas comprensibles, aplicables, evaluables y suficientemente flexibles para responder a personas concretas.

Número de palabras: aproximadamente 2.900.

3.5. Toma de decisiones compartida y seguridad clínica

La toma de decisiones compartida y la seguridad clínica se encuentran estrechamente relacionadas dentro de una atención basada en evidencia y centrada en la persona. La primera busca integrar conocimiento científico con objetivos, valores y preferencias del paciente; la segunda pretende reducir la probabilidad de daño evitable durante el proceso asistencial. Ambas convergen en un principio común: las decisiones de calidad requieren información suficiente, comunicación clara, valoración de riesgos y participación proporcional de las personas afectadas.

La toma de decisiones compartida puede definirse como un proceso colaborativo en el que profesionales y pacientes analizan alternativas relevantes, beneficios, riesgos e incertidumbres y construyen una decisión compatible con la situación clínica y las prioridades individuales. Hoque (2024) describe este enfoque como una integración entre evidencia científica y metas, valores y preferencias de los pacientes.

Sin embargo, su relación con la seguridad no debe simplificarse afirmando que toda decisión compartida produce automáticamente mejores resultados clínicos. La evidencia reciente sobre sus efectos muestra resultados que con frecuencia son neutrales o favorables, pero con considerable incertidumbre y heterogeneidad según resultados y contextos (Bruch et al., 2024).

Por ello, el valor de la toma de decisiones compartida debe analizarse tanto desde la seguridad como desde la calidad del proceso decisional.

Seguridad clínica como proceso compartido

La seguridad del paciente continúa siendo responsabilidad fundamental de profesionales e instituciones.

La participación de la persona no debe utilizarse para trasladarle la obligación de detectar fallas del sistema.

Sin embargo, el paciente posee información que puede resultar esencial.

Conoce síntomas, experiencias previas, medicamentos utilizados, alergias, objetivos y dificultades para seguir determinadas recomendaciones.

Cuando existe una relación que favorece su participación, esta información puede incorporarse con mayor facilidad al razonamiento clínico.

Por ello, la seguridad puede fortalecerse mediante una participación adecuada sin convertir al paciente en responsable de vigilar al equipo.

El paciente como fuente de información relevante

Las decisiones clínicas se construyen a partir de múltiples fuentes.

Los registros y pruebas aportan información importante, pero no contienen toda la experiencia de la persona.

Un paciente puede comunicar que ya presentó un efecto adverso ante determinado medicamento, que utiliza productos no registrados o que no puede seguir una recomendación debido a limitaciones concretas.

Cuando estas circunstancias no se exploran, una intervención respaldada científicamente puede convertirse en una decisión poco segura o inviable.

La toma compartida crea un espacio donde estas cuestiones pueden formar parte de la decisión antes de implementar el tratamiento.

Reconocimiento de que existe una decisión

Un componente esencial consiste en que el paciente conozca cuándo existen alternativas.

Si una opción se presenta como inevitable, la persona puede no formular preguntas sobre riesgos o consecuencias.

En cambio, explicar que existen diferentes posibilidades permite iniciar una deliberación.

Esto resulta especialmente importante en decisiones sensibles a preferencias.

No todas las situaciones poseen el mismo margen.

En una emergencia puede existir una opción claramente prioritaria, mientras que en una enfermedad crónica pueden existir tratamientos con beneficios similares y cargas diferentes.

La seguridad requiere representar con precisión ese margen y evitar tanto la falsa certeza como una aparente equivalencia cuando la evidencia favorece claramente una alternativa.

Comunicación de riesgos

La comprensión del riesgo constituye una condición necesaria para una decisión informada.

Expresiones como “riesgo bajo” o “riesgo alto” pueden ser interpretadas de manera diferente por cada persona.

Cuando sea posible, la información cuantitativa debe utilizar formatos consistentes y comprensibles.

El riesgo absoluto puede ayudar a interpretar mejor la magnitud de determinados efectos que una presentación basada exclusivamente en cambios relativos.

También deben comunicarse las incertidumbres.

Una estimación basada en evidencia limitada no debería presentarse con el mismo nivel de seguridad que otra sustentada en investigaciones sólidas.

La comunicación responsable del riesgo protege la autonomía y contribuye a decisiones clínicamente más transparentes.

Beneficios, riesgos y alternativas

Una herramienta sencilla para estructurar la deliberación consiste en considerar beneficios, riesgos, alternativas y consecuencias de no realizar una intervención.

Hoque (2024) describe el esquema BRAN —beneficios, riesgos, alternativas y posibilidad de no intervenir— como una estrategia capaz de facilitar conversaciones de decisión compartida.

El valor de esta estructura reside en que obliga a ampliar la conversación más allá de la opción inicialmente propuesta.

No obstante, debe utilizarse dentro de un razonamiento clínico real y no como un formulario mecánico.

Las alternativas necesitan ser clínicamente apropiadas.

Ayudas para decisiones y seguridad informativa

Las ayudas para decisiones pueden presentar comparaciones estructuradas entre opciones y apoyar la comprensión del riesgo.

Una revisión Cochrane actualizada en 2024 concluyó que estas herramientas probablemente aumentan el conocimiento, mejoran la precisión de las percepciones de riesgo y favorecen elecciones más congruentes con los valores de las personas.

Estos resultados respaldan su utilidad para mejorar la calidad decisional.

Sin embargo, una ayuda para decisiones no sustituye la conversación clínica.

Debe utilizar evidencia actualizada y lenguaje comprensible y permitir preguntas.

Una herramienta desactualizada puede generar una falsa sensación de seguridad.

Participación y prevención de errores de medicación

Las decisiones relacionadas con medicamentos representan un escenario especialmente importante.

El paciente puede conocer qué fármacos utiliza realmente, incluyendo aquellos prescritos por otros profesionales, productos de venta libre o tratamientos que dejó de usar.

Una comunicación insuficiente puede producir discrepancias entre el registro y la utilización real.

La participación permite explorar además preferencias relacionadas con frecuencia de administración, efectos adversos y carga terapéutica.

Mortelmans et al. (2023) encontraron que la toma compartida relacionada con medicamentos presenta tanto oportunidades como barreras desde la perspectiva de pacientes y profesionales de enfermería, mostrando que su aplicación no ocurre automáticamente en la práctica.

La seguridad farmacológica requiere, por tanto, información bidireccional.

Multimorbilidad y polifarmacia

La toma de decisiones compartida adquiere especial importancia en personas con múltiples condiciones.

Una recomendación segura para una enfermedad aislada puede producir problemas cuando se combina con otros tratamientos.

La polifarmacia aumenta la necesidad de revisar prioridades, interacciones y carga terapéutica.

En estos escenarios, el objetivo no consiste únicamente en aplicar todas las recomendaciones disponibles, sino en construir un plan coherente.

La evidencia científica ayuda a estimar beneficios y riesgos; la experiencia profesional permite analizar interacciones; y el paciente informa qué tratamientos puede mantener y qué efectos considera particularmente difíciles.

Personas con necesidades complejas

La participación puede ser más difícil cuando existen múltiples condiciones, numerosos profesionales o necesidades sociales.

Perron et al. (2024), en una revisión de alcance sobre decisiones compartidas en personas con necesidades complejas, señalan que estos contextos requieren considerar características específicas de coordinación, interdisciplinariedad y atención centrada en la persona.

Esto muestra que la decisión compartida no debe aplicarse como un procedimiento idéntico para todos.

La complejidad aumenta la necesidad de adaptación.

Personas mayores

En personas mayores pueden coexistir multimorbilidad, fragilidad, cambios sensoriales o tratamientos múltiples.

Estas características no justifican excluir a la persona de las decisiones.

Marriott-Statham et al. (2023) señalan que la toma compartida entre profesionales de enfermería y personas mayores continúa insuficientemente comprendida e incorporada a la práctica, lo que muestra una brecha entre el principio participativo y su implementación real.

La seguridad requiere adaptar información y valorar capacidad de forma individual.

La edad no debe utilizarse como sustituto de esta valoración.

Capacidad decisoria y apoyo

La participación necesita adaptarse cuando existe dificultad para comprender o valorar información.

La respuesta no debería ser excluir inmediatamente al paciente.

Puede utilizarse lenguaje simplificado, mayor tiempo, recursos visuales o participación de personas de confianza.

Cuando la capacidad está significativamente comprometida, pueden intervenir representantes de acuerdo con los marcos éticos y jurídicos correspondientes.

Incluso entonces, las preferencias previamente expresadas y los valores de la persona deben conservar relevancia.

La seguridad y la autonomía necesitan equilibrarse mediante apoyos proporcionales.

Decisiones en situaciones urgentes

La toma compartida posee límites temporales.

Una emergencia puede exigir actuar antes de desarrollar una conversación extensa.

En estos escenarios, la prioridad inmediata puede ser prevenir un daño grave.

Sin embargo, ello no elimina completamente el deber de informar.

Cuando sea posible, puede ofrecerse una explicación breve antes de intervenir y posteriormente proporcionar información más completa.

La seguridad no requiere abandonar la comunicación; requiere adaptarla a las condiciones clínicas.

Evitar el consentimiento puramente formal

La firma de un formulario no equivale a una decisión compartida.

Una persona puede firmar sin comprender realmente las alternativas.

La seguridad exige comprobar que la información esencial ha sido entendida.

Esto resulta especialmente relevante en procedimientos que presentan riesgos significativos.

El consentimiento es una condición ética y jurídica; la decisión compartida representa un proceso más amplio de deliberación.

Ambos pueden relacionarse, pero no son conceptos idénticos.

Comunicación interdisciplinaria

Las decisiones seguras también requieren coherencia entre profesionales.

Un paciente puede recibir mensajes distintos de diferentes especialistas.

Cuando existen contradicciones, aumenta la confusión.

La toma compartida funciona mejor cuando el equipo ha clarificado previamente cuáles son las alternativas y quién posee responsabilidad sobre la decisión.

La coordinación evita que el paciente se convierta en intermediario entre profesionales.

Este componente es especialmente importante en enfermedades complejas y transiciones asistenciales.

Alta hospitalaria y decisiones compartidas

El alta implica múltiples decisiones relacionadas con medicamentos, cuidados y seguimiento.

Una planificación segura necesita considerar si la persona y sus cuidadores comprenden qué deberán realizar en el domicilio.

La participación permite identificar dificultades antes de que se conviertan en problemas.

Por ejemplo, una indicación puede resultar imposible de aplicar por ausencia de apoyo o acceso.

Explorar estas condiciones antes del alta aumenta la posibilidad de construir un plan viable.

La decisión compartida no termina en la elección de un tratamiento; también puede aplicarse a la organización de la continuidad.

Familia y seguridad

La familia puede aportar información y apoyo, pero su participación debe respetar las preferencias del paciente.

Cuando asumirá responsabilidades de cuidado, necesita conocer las acciones que deberá realizar y las señales de alarma.

Sin embargo, no debe convertirse en sustituto automático de una persona capaz de decidir.

La seguridad tampoco justifica trasladar responsabilidades excesivas hacia los cuidadores.

La institución continúa teniendo la obligación de proporcionar educación, coordinación y mecanismos de consulta.

Conflicto y desacuerdo

Una decisión compartida no garantiza consenso.

El paciente puede rechazar la opción considerada más segura por el profesional.

En estos casos, resulta necesario verificar comprensión y explorar las razones.

Puede existir temor, una experiencia previa o una valoración diferente de beneficios y cargas.

El profesional debe explicar las consecuencias y formular una recomendación clara.

Sin embargo, cuando existe capacidad suficiente, el desacuerdo no convierte automáticamente la decisión del paciente en inválida.

La seguridad clínica debe mantenerse dentro de un marco de respeto por la autonomía.

Sesgos y presentación de opciones

Los profesionales también pueden influir involuntariamente sobre las decisiones mediante la forma en que presentan información.

Una opción puede describirse en términos más favorables que otra.

La práctica compartida necesita reconocer este riesgo.

La presentación debe ser suficientemente equilibrada para permitir una deliberación auténtica.

Esto no significa que el profesional deba ocultar cuál considera preferible.

Puede formular una recomendación, pero diferenciándola claramente de la descripción objetiva de alternativas y riesgos.

Seguridad psicológica del paciente

La participación requiere que la persona se sienta autorizada para preguntar.

Las relaciones altamente jerárquicas pueden disminuir esta posibilidad.

Un paciente que teme ser considerado difícil puede permanecer en silencio incluso cuando identifica un problema.

La forma en que el profesional responde a preguntas puede ampliar o reducir esa barrera.

La seguridad se beneficia de una cultura donde expresar dudas sea interpretado como parte normal del proceso asistencial.

Decisiones compartidas y resultados clínicos

La evidencia sobre los efectos de la toma de decisiones compartida necesita interpretarse con cautela.

Bruch et al. (2024), al revisar sus efectos sobre resultados de salud, calidad, costos y tiempo de consulta, encontraron evidencia con alto grado de incertidumbre, aunque los resultados se situaron frecuentemente entre neutrales y favorables.

Por ello, no sería riguroso afirmar que la toma compartida reduce de manera universal complicaciones o mortalidad.

Su beneficio más consistente aparece en la calidad del proceso decisional, el conocimiento y la congruencia entre decisiones y valores, dimensiones que poseen relevancia clínica y ética por sí mismas. Las ayudas para decisiones refuerzan esta conclusión al mostrar mejoras en conocimiento y percepción del riesgo.

Participación y equidad

La posibilidad de participar no se encuentra distribuida de manera uniforme.

Las barreras lingüísticas, bajo nivel de alfabetización sanitaria, discapacidad o dificultades de acceso pueden limitarla.

Una estrategia de seguridad basada en participación que no considera estas diferencias puede ampliar desigualdades.

Por ello, la información debe adaptarse y ofrecer apoyos cuando sea necesario.

La equidad no significa proporcionar exactamente el mismo material a todos, sino garantizar oportunidades razonables de comprender y participar.

Tecnología y apoyo a decisiones

Los sistemas digitales pueden presentar estimaciones de riesgo, recordatorios y opciones terapéuticas.

La inteligencia artificial puede ampliar todavía más esta capacidad.

Sin embargo, una recomendación algorítmica no constituye por sí sola una decisión compartida.

La seguridad exige verificar calidad, aplicabilidad y posibles sesgos.

El profesional debe interpretar los resultados y explicar sus implicaciones.

La persona necesita poder discutir cómo esas estimaciones se relacionan con sus prioridades.

La tecnología puede aportar información, pero la deliberación continúa siendo humana.

Registro de la decisión

Documentar decisiones complejas puede favorecer continuidad y seguridad.

El registro debería reflejar las alternativas consideradas, aspectos relevantes discutidos y el plan acordado cuando esta información resulte clínicamente pertinente.

Esto permite que otros profesionales comprendan el razonamiento.

La documentación no debe convertirse en un requisito burocrático que sustituya la conversación.

Su finalidad es conservar la información necesaria para continuar el cuidado.

Evaluación de la calidad decisional

La toma compartida puede evaluarse mediante diferentes indicadores.

No basta con preguntar si el paciente quedó satisfecho.

Puede analizarse si conocía las alternativas, comprendió los principales riesgos y sintió que sus preferencias fueron consideradas.

Van der Ploeg-Dorhout et al. (2024) encontraron que los pacientes perciben la toma compartida favorecida cuando se sienten reconocidos y comprendidos dentro de la relación con profesionales de enfermería.

Esto demuestra que la calidad del proceso posee dimensiones informativas y relacionales.

Formación profesional

La toma compartida necesita competencias que pueden desarrollarse.

Los profesionales deben aprender a explicar riesgos, identificar decisiones sensibles a preferencias y manejar desacuerdos.

La formación también puede incluir simulación.

Sin embargo, las habilidades individuales necesitan apoyo institucional.

Un sistema que concede tiempos insuficientes o utiliza documentos incomprensibles puede dificultar la participación incluso con profesionales bien capacitados.

Por ello, la seguridad decisional constituye tanto una responsabilidad profesional como organizacional.

Síntesis integradora

La toma de decisiones compartida y la seguridad clínica se encuentran vinculadas porque ambas requieren información fiable, valoración de riesgos, comunicación y consideración de las circunstancias de la persona. La participación puede aportar información clínicamente relevante y ayudar a construir planes más comprensibles y viables, pero nunca debe utilizarse para trasladar al paciente la responsabilidad por la seguridad del sistema.

La evidencia contemporánea define la toma compartida como un proceso colaborativo en el que la información científica se integra con objetivos y preferencias (Hoque, 2024), mientras que estudios recientes muestran que sus efectos sobre resultados clínicos son heterogéneos y deben interpretarse con prudencia (Bruch et al., 2024).

Su contribución más clara se encuentra en mejorar la calidad de la decisión: favorecer conocimiento, percepción más precisa del riesgo y elecciones congruentes con los valores, especialmente cuando se utilizan ayudas para decisiones adecuadamente diseñadas.

En consecuencia, una decisión segura no es únicamente aquella que sigue una recomendación técnicamente correcta. Debe considerar **qué evidencia respalda las alternativas, qué riesgos acompañan cada opción, qué circunstancias pueden modificar esos riesgos y qué resultados son relevantes para la persona**.

Cuando estos elementos se articulan mediante una relación colaborativa, la toma de decisiones compartida fortalece simultáneamente la atención basada en evidencia, la autonomía y una cultura de seguridad. La finalidad no consiste en que profesional y paciente asuman idénticas responsabilidades, sino en que cada uno aporte la información necesaria para construir una decisión clínicamente fundamentada, comprensible y proporcional a las necesidades del caso.

3.6. Aplicación de la evidencia en enfermería y equipos multidisciplinarios

La aplicación de la evidencia científica en enfermería y en los equipos multidisciplinarios constituye una etapa esencial para transformar el conocimiento producido por la investigación en acciones concretas de cuidado. La disponibilidad de estudios, revisiones sistemáticas, guías y recomendaciones no garantiza por sí sola una modificación de las prácticas asistenciales. Para que la evidencia produzca un impacto real debe ser comprendida, contextualizada, implementada y evaluada dentro de los escenarios donde ocurre la atención.

En enfermería, este proceso adquiere especial relevancia debido a la participación permanente de estos profesionales en valoración, vigilancia clínica, administración de tratamientos, prevención de complicaciones, educación sanitaria, acompañamiento de pacientes y familias y coordinación del cuidado. Esta proximidad permite identificar problemas asistenciales, reconocer variaciones en la respuesta de las personas y valorar de manera continua los resultados de las intervenciones.

La evidencia contemporánea destaca que las competencias para desarrollar atención basada en evidencia constituyen una dimensión relevante de la práctica avanzada de enfermería. Ylimäki et al. (2024) identificaron, mediante una revisión sistemática, diferentes competencias y factores asociados con la capacidad de las enfermeras de práctica avanzada para promover atención basada en evidencia. Este planteamiento refuerza la necesidad de considerar a enfermería no solamente como receptora de recomendaciones, sino como participante activa en su valoración, implementación y evaluación.

La aplicación del conocimiento tampoco corresponde exclusivamente a una disciplina. Las necesidades sanitarias contemporáneas son cada vez más complejas y requieren la integración de profesionales de enfermería, medicina, farmacia, psicología, nutrición, fisioterapia, trabajo social y otras áreas. Por ello, la práctica basada en evidencia necesita desarrollarse también como una **competencia colectiva de los equipos**, en la que diferentes perspectivas se articulen alrededor de objetivos compartidos.

Enfermería como disciplina científica orientada al cuidado

La enfermería contemporánea posee un cuerpo propio de conocimientos y una responsabilidad profesional que trasciende la ejecución de indicaciones. La valoración de necesidades, identificación de riesgos, planificación del cuidado y evaluación de resultados requieren razonamiento clínico y utilización de conocimiento científico.

La práctica basada en evidencia fortalece esta dimensión al proporcionar herramientas que permiten cuestionar rutinas y determinar si las intervenciones continúan respaldadas por el mejor conocimiento disponible. Esto resulta especialmente importante cuando determinadas prácticas se mantienen fundamentalmente por tradición institucional.

La experiencia clínica conserva un papel indispensable, pero necesita mantenerse abierta a revisión. Los años de ejercicio profesional pueden proporcionar conocimientos valiosos sobre patrones, respuestas y condiciones asistenciales, pero también pueden consolidar prácticas cuya efectividad nunca ha sido evaluada adecuadamente.

La integración de experiencia y evidencia permite evitar ambos extremos: una práctica basada exclusivamente en costumbre y una aplicación mecánica de investigaciones sin considerar el contexto.

Identificación de problemas desde la práctica cotidiana

Uno de los aportes más importantes de los profesionales asistenciales consiste en identificar preguntas que emergen directamente del cuidado.

La aparición frecuente de caídas, dificultades en la educación de pacientes, lesiones por presión, problemas en la continuidad después del alta o variaciones en el manejo de determinadas situaciones pueden convertirse en puntos de partida para buscar evidencia.

La observación clínica permite reconocer que existe un problema, pero posteriormente debe transformarse en una pregunta suficientemente definida para orientar la búsqueda de información.

Esta relación entre práctica e investigación posee un carácter bidireccional. La investigación puede modificar el cuidado, pero las necesidades observadas durante el cuidado también deberían contribuir a definir nuevas preguntas científicas.

Cuando esta relación funciona adecuadamente, la práctica basada en evidencia deja de entenderse como una transferencia unilateral desde investigadores hacia profesionales y se convierte en un proceso continuo de producción, utilización y evaluación del conocimiento.

Evidencia en valoración y planificación del cuidado

La valoración constituye uno de los principales espacios donde puede incorporarse evidencia científica. Instrumentos de evaluación, escalas de riesgo y criterios clínicos pueden favorecer la detección de necesidades y permitir una valoración más sistemática.

Sin embargo, utilizar una herramienta validada no elimina la necesidad de juicio profesional. Los instrumentos representan determinadas dimensiones mediante indicadores previamente definidos, mientras que una persona puede presentar circunstancias relevantes que no aparecen completamente reflejadas en una puntuación.

Por ello, la valoración basada en evidencia combina herramientas científicamente fundamentadas con observación, entrevista y razonamiento clínico.

La planificación del cuidado sigue una lógica semejante. Las intervenciones deberían responder a necesidades previamente identificadas y poseer un fundamento razonable de efectividad y seguridad. Al mismo tiempo, requieren adaptación según funcionalidad, apoyo familiar, recursos disponibles, preferencias y capacidad de autocuidado.

La evidencia proporciona una base para decidir qué intervenciones poseen mayor probabilidad de beneficio, mientras que la valoración individual permite determinar cómo aplicarlas a una persona concreta.

Prevención y seguridad desde la práctica de enfermería

Una parte importante de las actividades de enfermería se relaciona con prevención de eventos adversos y reconocimiento temprano de riesgos. La prevención de caídas, infecciones, lesiones por presión y errores relacionados con medicamentos depende de procesos que necesitan ejecutarse de manera consistente.

En estos contextos, los protocolos basados en evidencia pueden disminuir variaciones injustificadas y favorecer una respuesta más segura. Sin embargo, su implementación requiere que los profesionales comprendan el propósito de las intervenciones y que las instituciones proporcionen los recursos necesarios.

Un protocolo que establece medidas preventivas pero no dispone de materiales, personal suficiente o mecanismos de seguimiento tendrá posibilidades limitadas de producir los resultados esperados.

La aplicación de evidencia preventiva constituye, por tanto, un ejemplo claro de la interacción entre conocimiento científico y condiciones organizacionales.

Educación del paciente basada en evidencia

La educación sanitaria constituye una intervención central de enfermería porque gran parte del cuidado continúa fuera de los establecimientos. Los pacientes necesitan comprender tratamientos, señales de alarma, medicamentos y acciones de autocuidado.

Proporcionar información no garantiza aprendizaje. La educación requiere analizar qué necesita saber la persona, qué comprende y qué barreras pueden dificultar la utilización de esa información.

Wang et al. (2024), en una revisión sistemática de métodos mixtos, identificaron diferentes factores que pueden facilitar o dificultar la educación proporcionada por enfermería, entre ellos características profesionales, condiciones organizacionales, factores del paciente, calidad de la relación enfermera-paciente y colaboración interdisciplinaria.

Estos hallazgos muestran que la calidad de la educación no depende únicamente de disponer de materiales científicamente correctos. También necesita tiempo, competencias, coordinación y adaptación a las características de la persona.

La educación basada en evidencia debe ser comprensible, pertinente y evaluada. Una explicación técnicamente impecable pierde valor si la persona no puede utilizarla posteriormente.

Vigilancia clínica y reconocimiento del deterioro

La proximidad continua de enfermería permite identificar cambios que pueden no ser evidentes durante evaluaciones puntuales. Alteraciones en signos vitales, nivel de conciencia, dolor, movilidad o comportamiento pueden señalar modificaciones importantes de la condición clínica.

La evidencia puede orientar criterios de vigilancia y sistemas destinados a reconocer deterioro.

Sin embargo, detectar un riesgo solamente resulta útil cuando existe un mecanismo de respuesta.

El profesional necesita conocer a quién comunicar la situación, qué información transmitir y qué acciones iniciales desarrollar dentro de sus competencias.

Esto demuestra que una herramienta basada en evidencia necesita integrarse con procesos de comunicación y escalamiento asistencial.

La seguridad no depende exclusivamente de identificar correctamente el problema, sino también de que el sistema pueda responder.

Competencias profesionales para utilizar evidencia

La práctica basada en evidencia requiere competencias relacionadas con búsqueda, interpretación y aplicación de conocimiento. Ylimäki et al. (2024) encontraron que las competencias en atención basada en evidencia poseen una relación relevante con la capacidad de las enfermeras de práctica avanzada para promover prácticas científicamente fundamentadas.

Sin embargo, no todos los profesionales necesitan convertirse en investigadores especializados. Lo fundamental es desarrollar suficiente alfabetización científica para reconocer fuentes confiables, comprender recomendaciones y determinar cuándo existe incertidumbre.

Las organizaciones pueden complementar las competencias individuales mediante bibliotecas, especialistas metodológicos, investigadores clínicos y sistemas de apoyo.

La práctica basada en evidencia debería convertirse en una capacidad distribuida dentro del servicio y no depender de que cada profesional resuelva individualmente todas las etapas del proceso.

Liderazgo de enfermería y agentes de cambio

El liderazgo resulta fundamental para crear condiciones favorables a la utilización de evidencia. Los responsables de los equipos pueden facilitar espacios para revisar prácticas, identificar problemas y analizar resultados.

También pueden contribuir a construir una cultura donde cuestionar un procedimiento no sea interpretado como un cuestionamiento personal a quienes lo han realizado durante años.

Una modificación fundamentada en nueva evidencia debe entenderse como parte de la evolución científica del cuidado.

Los profesionales con mayor formación en práctica basada en evidencia pueden desempeñar funciones de mentoría o actuar como referentes dentro de los equipos. Estos roles pueden facilitar búsquedas, apoyar la lectura crítica y acompañar proyectos de implementación.

Sin embargo, su finalidad no debería ser concentrar todo el conocimiento en una persona. Una estrategia sostenible busca fortalecer progresivamente las competencias del conjunto del equipo.

La evidencia disponible sobre formación y desarrollo profesional también destaca la importancia de crear infraestructura y apoyo organizacional para convertir el conocimiento en práctica, en lugar de asumir que la responsabilidad recae únicamente sobre cada enfermera de forma individual.

Colaboración interdisciplinaria basada en evidencia

La aplicación de evidencia dentro de equipos multidisciplinarios representa un nivel adicional de complejidad. Cada profesión puede aportar conocimientos diferentes y utilizar literatura científica proveniente de campos específicos.

El desafío consiste en evitar que estas perspectivas produzcan planes paralelos.

Una persona con una enfermedad compleja puede recibir recomendaciones médicas, nutricionales, farmacológicas, psicológicas y de rehabilitación. Si estas indicaciones no se integran, la carga total puede resultar excesiva o incluso generar contradicciones.

La colaboración basada en evidencia requiere desarrollar objetivos comunes.

Cada profesional mantiene sus competencias específicas, pero las intervenciones necesitan analizarse dentro del plan completo de la persona.

La evidencia debe contribuir a construir un lenguaje compartido mediante el cual las decisiones puedan justificarse por su fundamento científico y pertinencia clínica, y no únicamente por la posición jerárquica de quien las propone.

Comunicación dentro de los equipos

La comunicación constituye una condición fundamental de la colaboración interdisciplinaria. La información relevante necesita estar disponible para quienes participan en las decisiones y actualizarse cuando la situación cambia.

Los registros clínicos permiten documentar datos, pero no sustituyen completamente la comunicación directa cuando existen problemas complejos.

Las reuniones clínicas y rondas interdisciplinarias pueden favorecer la integración de información, revisión de objetivos y anticipación de necesidades relacionadas con el alta.

Su valor aumenta cuando todos los participantes poseen oportunidades reales para contribuir.

Una reunión en la que diferentes profesionales se encuentran presentes pero únicamente uno comunica las decisiones no constituye plenamente una deliberación interdisciplinaria.

La colaboración requiere intercambio de información y reconocimiento de conocimientos complementarios.

Enfermería como articuladora del cuidado

Debido a su continuidad asistencial, enfermería puede actuar como un punto importante de conexión entre diferentes integrantes del equipo.

Las enfermeras pueden conocer cambios recientes, dificultades para cumplir tratamientos, preocupaciones familiares o problemas funcionales que necesitan considerarse antes de adoptar nuevas decisiones.

Esta información puede modificar la interpretación de una recomendación.

Por ejemplo, una intervención farmacológica puede ser científicamente apropiada, pero presentar dificultades si la persona no puede administrarla adecuadamente en el domicilio.

La perspectiva de enfermería aporta datos relacionados con la realidad cotidiana del cuidado.

Para que esta función sea efectiva, las organizaciones deben desarrollar culturas donde la información sea valorada según su pertinencia y no únicamente según la profesión que la comunica.

Implementación interdisciplinaria de cambios

Muchas intervenciones basadas en evidencia afectan simultáneamente a distintas profesiones. Un nuevo protocolo puede modificar actividades de enfermería, prescripción médica, gestión farmacéutica, registros y educación del paciente.

Por esta razón, la implementación debería incluir desde etapas tempranas a quienes participarán en el proceso.

La participación permite identificar incompatibilidades y consecuencias no previstas.

También ayuda a distinguir entre resistencia sin fundamento y preocupaciones legítimas sobre la viabilidad de una intervención.

El cambio se vuelve más sostenible cuando los equipos comprenden su fundamento científico y participan en la adaptación de los componentes operativos que pueden modificarse sin alterar la intervención esencial.

Adaptación responsable al contexto

Las intervenciones científicamente respaldadas suelen desarrollarse dentro de condiciones específicas. Los servicios reales pueden presentar poblaciones, recursos y estructuras diferentes.

Por ello, la adaptación puede ser necesaria.

La principal dificultad consiste en determinar qué elementos forman parte del mecanismo esencial de la intervención y cuáles pueden modificarse.

Una adaptación excesiva puede reducir efectividad, mientras que una implementación completamente rígida puede resultar inviable.

La participación de diferentes disciplinas permite analizar este problema desde perspectivas complementarias.

Lo que parece una modificación administrativa pequeña puede generar implicaciones clínicas relevantes para otra profesión.

La adaptación debe realizarse de manera planificada y posteriormente evaluarse.

Evaluación y mejora continua

La aplicación de evidencia no finaliza cuando se implementa una intervención.

Resulta necesario analizar qué ocurrió después.

Los indicadores pueden incluir resultados clínicos, eventos adversos, cumplimiento de procesos, experiencia del paciente y utilización de recursos.

La evaluación permite determinar si los beneficios observados en investigación se reproducen razonablemente dentro del contexto real.

También puede identificar efectos no previstos.

Una intervención puede mejorar un resultado y simultáneamente producir una carga asistencial excesiva que disminuya su sostenibilidad.

En estos casos, el equipo debe determinar si resulta posible modificar el proceso sin comprometer su fundamento científico.

La evaluación conecta la práctica basada en evidencia con los procesos de mejora continua y convierte a los servicios en espacios capaces de aprender de sus propias intervenciones.

Formación interdisciplinaria y aprendizaje compartido

Los clubes de lectura, análisis de casos, sesiones clínicas y proyectos de mejora pueden fortalecer una cultura científica cuando se vinculan con problemas reales.

La discusión interdisciplinaria de investigaciones permite además reconocer cómo una misma evidencia puede tener implicaciones diferentes para cada profesión.

El aprendizaje compartido disminuye la tendencia a considerar la evidencia como propiedad de una disciplina.

El conocimiento relevante debe utilizarse para responder al problema de la persona.

La formación interprofesional también puede favorecer relaciones más horizontales y una comprensión más clara de las competencias de los demás integrantes.

Tecnología como apoyo a la práctica basada en evidencia

Las herramientas digitales pueden facilitar acceso a guías, protocolos, alertas y sistemas de apoyo a decisiones.

Su valor depende, sin embargo, de la integración con el flujo de trabajo.

Una herramienta científicamente correcta pero difícil de utilizar puede producir abandono o aumentar la carga administrativa.

La tecnología debe facilitar la aplicación de conocimiento y no convertirse en un obstáculo adicional.

Las herramientas de inteligencia artificial pueden apoyar búsquedas o procesamiento de información, pero necesitan verificación de fuentes y supervisión profesional. Su incorporación no elimina las competencias de valoración crítica desarrolladas previamente.

Responsabilidad institucional compartida

La práctica basada en evidencia necesita distribuir responsabilidades de manera adecuada. Los profesionales deben mantener competencias y disposición para actualizar sus prácticas; los líderes deben proporcionar apoyo y crear condiciones para el cambio; y las instituciones necesitan garantizar acceso a información, formación y sistemas de evaluación.

La aplicación de evidencia fracasa cuando se interpreta exclusivamente como una obligación individual.

La investigación sobre educación al paciente muestra precisamente que factores organizacionales e interdisciplinarios pueden influir sobre la capacidad de los profesionales para desarrollar intervenciones adecuadas (Wang et al., 2024).

Por ello, desarrollar una cultura basada en evidencia significa incorporar el conocimiento científico a la estructura habitual del trabajo.

Síntesis integradora

La aplicación de evidencia en enfermería y en los equipos multidisciplinarios representa el proceso mediante el cual el conocimiento científico se transforma en decisiones, intervenciones y resultados concretos. Enfermería ocupa una posición especialmente relevante debido a su participación continua en valoración, prevención, vigilancia, educación y coordinación asistencial.

La evidencia reciente demuestra que las competencias profesionales constituyen una condición importante para impulsar atención basada en evidencia y que estas capacidades necesitan acompañarse de factores organizacionales que permitan utilizarlas (Ylimäki et al., 2024). Asimismo, la educación del paciente constituye un ejemplo de cómo condiciones profesionales, institucionales, relacionales e interdisciplinarias determinan la capacidad para convertir conocimiento en cuidado efectivo (Wang et al., 2024).

La práctica basada en evidencia no puede reducirse, por tanto, a la lectura de publicaciones. Requiere **competencias profesionales, liderazgo, colaboración interdisciplinaria, adaptación responsable, infraestructura institucional y evaluación sistemática de resultados**.

Dentro de este proceso, enfermería participa activamente en la identificación de problemas, implementación de intervenciones y evaluación de resultados, mientras que la integración multidisciplinaria permite ampliar el razonamiento mediante conocimientos complementarios.

El objetivo final consiste en construir equipos capaces de utilizar el conocimiento científico de manera coordinada para proporcionar un cuidado seguro, efectivo, contextualizado y centrado en las necesidades de la persona.

Número de palabras: aproximadamente 2.950.

3.7. Desafíos para trasladar la investigación científica a la práctica cotidiana

Uno de los desafíos más persistentes de los sistemas sanitarios contemporáneos consiste en reducir la distancia entre el conocimiento producido mediante investigación y las prácticas que finalmente se desarrollan durante la atención. La publicación de resultados científicamente sólidos no garantiza por sí misma que estos se incorporen a protocolos, decisiones o intervenciones asistenciales.

Esta distancia suele describirse como una brecha entre investigación y práctica. Su existencia demuestra que **producir conocimiento, difundirlo, implementarlo y mantenerlo representan procesos diferentes**, cada uno condicionado por factores profesionales, organizacionales y sistémicos.

La traducción del conocimiento intenta precisamente reducir esta distancia mediante estrategias destinadas a identificar evidencia pertinente, sintetizarla, comunicarla, adaptarla e incorporarla a la práctica. King et al. (2024), en una revisión de alcance sobre modelos y estrategias para desarrollar capacidad de traducción del conocimiento en los servicios sanitarios, señalan que fortalecer estas capacidades resulta relevante para que las organizaciones puedan trasladar con mayor rapidez la investigación hacia la atención.

La brecha entre investigación y práctica no debería interpretarse únicamente como consecuencia de una supuesta falta de interés de los profesionales. Sus causas incluyen

volumen creciente de literatura, falta de tiempo, competencias metodológicas variables, dificultades de acceso, resistencia organizacional, restricciones de recursos y una producción científica que no siempre responde directamente a las necesidades de los servicios.

De la publicación científica a la transformación del cuidado

Entre la publicación de un estudio y la modificación de una práctica existe un recorrido complejo.

Primero, los resultados deben llegar a conocimiento de quienes podrían utilizarlos. Posteriormente necesitan interpretarse y valorarse críticamente. Si se considera que poseen suficiente calidad, debe determinarse si pueden aplicarse al contexto y qué modificaciones organizacionales serían necesarias.

Después comienza la implementación.

Incluso cuando esta resulta inicialmente exitosa, todavía debe analizarse si el cambio puede mantenerse a largo plazo.

Esta secuencia demuestra por qué la difusión científica no equivale a traducción del conocimiento. Enviar un artículo o elaborar una recomendación constituye solamente una parte del proceso.

La verdadera transferencia ocurre cuando el conocimiento puede modificar de manera justificable y sostenible aquello que sucede durante el cuidado.

Sobrecarga de información científica

El crecimiento de publicaciones representa simultáneamente una oportunidad y una dificultad. Los profesionales disponen de cantidades de información que generaciones anteriores no podían consultar, pero resulta prácticamente imposible revisar individualmente toda la literatura relevante.

Esta situación aumenta el valor de revisiones sistemáticas, guías y síntesis científicamente rigurosas.

Las instituciones también pueden facilitar sistemas de actualización y recursos especializados.

La solución no consiste en exigir que cada profesional lea constantemente miles de artículos, sino en construir mecanismos que permitan acceder eficientemente a conocimiento sintetizado y confiable.

Al mismo tiempo, el acceso rápido no debería disminuir la valoración crítica. Una síntesis puede estar desactualizada o presentar limitaciones metodológicas.

Tiempo y carga asistencial

Las restricciones de tiempo constituyen una barrera recurrente para utilizar evidencia. Las jornadas asistenciales incluyen cuidado directo, documentación, coordinación y otras responsabilidades que pueden dejar poco espacio para búsquedas y lectura crítica.

Dakka et al. (2022), en una revisión sistemática sobre barreras para la práctica basada en evidencia en enfermería paliativa, identificaron restricciones de tiempo y recursos, falta de preparación organizacional y otras dificultades para la incorporación del conocimiento científico.

Este hallazgo refuerza la necesidad de evitar explicaciones individualistas.

La actualización científica necesita ser compatible con la organización del trabajo. Cuando una institución considera la práctica basada en evidencia una prioridad, debe establecer mecanismos que permitan desarrollarla.

Competencias metodológicas y alfabetización científica

La capacidad para interpretar investigación varía entre profesionales. Diseños complejos, análisis estadísticos y terminología metodológica pueden dificultar la lectura crítica.

Esta limitación puede favorecer una dependencia excesiva de los resúmenes o de las conclusiones de los autores.

La formación continua constituye una respuesta necesaria, pero no suficiente.

Las instituciones pueden desarrollar equipos de apoyo, incorporar especialistas metodológicos y fortalecer la participación de bibliotecarios e investigadores clínicos.

King et al. (2024) encontraron que las estrategias destinadas a desarrollar capacidad de traducción del conocimiento suelen ser multifacéticas e incluyen formación, roles específicos, asociaciones y diferentes modalidades de apoyo.

La traducción del conocimiento debe, por tanto, considerarse una capacidad institucional además de una competencia individual.

Acceso desigual al conocimiento científico

Aunque la digitalización ha ampliado considerablemente el acceso, todavía existen barreras relacionadas con suscripciones, disponibilidad de bases de datos e infraestructura tecnológica.

Estas dificultades pueden ser mayores en instituciones con recursos limitados.

El acceso abierto contribuye a disminuir algunas barreras, pero no resuelve por sí solo el problema.

Un artículo disponible necesita ser localizado, interpretado y contextualizado.

Por ello, democratizar el acceso a la investigación implica combinar disponibilidad de información con competencias para utilizarla.

Las diferencias de acceso pueden generar desigualdades también entre los propios sistemas sanitarios, dado que algunas instituciones poseen mayores capacidades para actualizar sus prácticas que otras.

Investigación y necesidades de la práctica

La brecha puede comenzar incluso antes de que se produzca evidencia.

Las preguntas de investigación no siempre coinciden con los problemas considerados prioritarios por profesionales, pacientes o sistemas.

Un estudio puede ser metodológicamente excelente y responder una pregunta con limitada utilidad clínica.

Por ello, fortalecer las relaciones entre investigadores y servicios puede aumentar la pertinencia de los estudios.

Los profesionales asistenciales pueden aportar conocimiento sobre problemas recurrentes y condiciones de implementación, mientras que pacientes y comunidades pueden identificar resultados particularmente importantes.

La traducción del conocimiento debería ser entendida como un proceso bidireccional en el que la práctica también informa aquello que necesita investigarse.

Complejidad de los contextos reales

Una intervención que demuestra efectividad dentro de una investigación puede enfrentar dificultades al trasladarse a la práctica cotidiana.

Los ensayos suelen desarrollarse bajo determinadas condiciones y aplicar criterios específicos de inclusión. Los servicios reales atienden poblaciones heterogéneas y personas con multimorbilidad, dificultades sociales y tratamientos simultáneos.

También existen diferencias de infraestructura y recursos.

Por ello, conocer que una intervención es eficaz representa solamente una primera etapa.

La siguiente pregunta consiste en determinar si puede funcionar dentro del contexto local y qué adaptaciones serán necesarias.

Este problema constituye uno de los fundamentos de la ciencia de la implementación.

Cultura, liderazgo y resistencia organizacional

La cultura de una institución influye sobre la velocidad y sostenibilidad con la que puede incorporar nuevo conocimiento.

Los servicios que normalizan la revisión de prácticas poseen mayores oportunidades para discutir evidencia sin interpretarla como una amenaza.

En cambio, las rutinas consolidadas pueden convertirse en barreras cuando las prácticas se mantienen simplemente porque históricamente se han realizado de determinada manera.

La resistencia tampoco debería interpretarse siempre como una actitud negativa.

Puede responder a preocupaciones razonables sobre carga de trabajo, seguridad, recursos o pertinencia.

Una estrategia de implementación necesita identificar por qué aparece resistencia y responder al problema específico.

El liderazgo cumple aquí una función central. Los líderes pueden facilitar recursos, proteger tiempo para proyectos y favorecer una cultura donde modificar una práctica frente a nueva evidencia sea entendido como parte del aprendizaje profesional.

Recursos y viabilidad

Algunas intervenciones requieren personal, tecnología o infraestructura que no se encuentran disponibles en todos los sistemas.

La evidencia científica puede señalar una alternativa óptima desde el punto de vista clínico y, al mismo tiempo, existir barreras materiales que impidan aplicarla.

La respuesta no debería consistir simplemente en ignorar la evidencia.

La organización necesita identificar la brecha, evaluar alternativas y determinar si existen estrategias para desarrollar progresivamente las condiciones necesarias.

La adaptación puede ser legítima siempre que no elimine los componentes responsables de la efectividad.

Esta tensión entre evidencia ideal y posibilidades reales constituye uno de los problemas más importantes de la implementación.

Traducción del conocimiento como capacidad institucional

Uno de los principales aportes de los enfoques contemporáneos consiste en abandonar la idea de que trasladar evidencia depende únicamente del esfuerzo individual del profesional.

King et al. (2024) identificaron diversos modelos y programas orientados a desarrollar capacidad de traducción del conocimiento dentro de organizaciones y entre profesionales sanitarios. Entre las estrategias descritas aparecen formación, roles de apoyo, alianzas, codiseño y estructuras destinadas a facilitar la utilización del conocimiento.

Estos modelos muestran que la capacidad institucional necesita construirse.

Una organización puede disponer de excelentes profesionales y continuar teniendo dificultades para incorporar evidencia cuando no existen sistemas de apoyo.

Por ello, las estrategias sostenibles deberían crear capacidades que permanezcan más allá de proyectos temporales.

Desarrollo de capacidades y mentoría

La formación universitaria constituye un punto de partida, pero las competencias necesitan mantenerse durante toda la trayectoria profesional.

La educación sobre investigación debe relacionarse con problemas reales y evitar permanecer como un contenido exclusivamente académico.

Los programas de mentoría pueden complementar esta formación.

Profesionales con experiencia en investigación o implementación pueden apoyar a equipos que desarrollan proyectos de mejora.

La mentoría puede facilitar la interpretación metodológica y disminuir la incertidumbre ante cambios complejos.

Sin embargo, para ser sostenible necesita reconocimiento organizacional. Cuando depende exclusivamente del tiempo personal de algunos profesionales, su continuidad resulta vulnerable.

Colaboración interdisciplinaria

Las prácticas sanitarias constituyen sistemas interdependientes. Modificar una intervención puede afectar a múltiples profesiones.

Por ello, implementar evidencia mediante un único grupo puede generar dificultades cuando otros participantes no conocen o no comparten el cambio.

La investigación de Wang et al. (2024) sobre educación del paciente muestra que la colaboración interdisciplinaria se encuentra entre los factores que pueden facilitar o dificultar determinadas prácticas desarrolladas por enfermería.

Este principio posee una aplicación más amplia.

Los cambios complejos deben considerar todas las áreas involucradas.

La implementación interdisciplinaria permite anticipar incompatibilidades y construir respuestas más coherentes.

Comunicación y síntesis de la evidencia

Los artículos científicos se encuentran diseñados principalmente para comunidades académicas y pueden ser difíciles de utilizar durante la atención cotidiana.

La traducción del conocimiento necesita desarrollar formatos que acerquen la evidencia a quienes deben utilizarla.

Guías breves, algoritmos, resúmenes clínicos y herramientas de decisión pueden facilitar este proceso.

Sin embargo, la simplificación necesita mantener fidelidad científica.

Una síntesis que elimina información sobre incertidumbre o limitaciones puede producir interpretaciones equivocadas.

La comunicación de evidencia debe encontrar un equilibrio entre rigor y accesibilidad.

De intervenciones aisladas a ecosistemas de conocimiento

La traducción del conocimiento puede entenderse como un sistema en el que producción, síntesis, implementación y evaluación se encuentran conectadas.

Desde esta perspectiva, la investigación no termina con la publicación y la implementación no comienza solamente cuando un profesional lee el artículo.

King et al. (2024) muestran que los programas destinados a fortalecer la traducción del conocimiento suelen combinar diferentes componentes y actuar sobre profesionales y organizaciones, lo que respalda una visión más sistémica del proceso.

Este enfoque permite sustituir la formulación vaga de "difundir evidencia" por una perspectiva donde existen responsabilidades compartidas entre investigación, gestión y asistencia.

El conocimiento necesita circular dentro de un sistema capaz de identificarlo, interpretarlo y utilizarlo.

Ciencia de la implementación

La ciencia de la implementación estudia precisamente los métodos destinados a aumentar la incorporación y sostenibilidad de prácticas respaldadas por evidencia.

Su importancia radica en reconocer que los resultados de una intervención y los resultados de su implementación no son idénticos.

Una intervención puede ser efectiva y no utilizarse adecuadamente.

Los marcos de implementación permiten analizar barreras relacionadas con profesionales, organización, intervención y contexto.

También favorecen la selección de estrategias de cambio de acuerdo con los problemas identificados.

La implementación deja así de concebirse como una fase improvisada posterior a la investigación y se convierte en un proceso que puede estudiarse sistemáticamente.

Auditoría, retroalimentación y aprendizaje

Después de introducir una práctica es necesario conocer si realmente fue adoptada.

La auditoría permite comparar aquello que ocurre con los procesos esperados.

Sin embargo, los datos deben utilizarse para comprender y no únicamente para sancionar.

Una baja implementación puede reflejar desconocimiento, falta de recursos o un diseño incompatible con el flujo de trabajo.

La retroalimentación permite discutir estos hallazgos con los equipos.

Cuando los profesionales participan en el análisis, pueden identificar causas que no resultan visibles desde la gestión.

El objetivo es convertir la información en aprendizaje.

Sostenibilidad de las intervenciones

Una intervención puede mostrar buenos resultados durante un proyecto y desaparecer cuando finaliza el financiamiento o cambia el equipo.

La sostenibilidad constituye, por tanto, un objetivo diferente de la adopción inicial.

King et al. (2024) encontraron precisamente desafíos relacionados con sostenibilidad y mantenimiento de programas destinados a fortalecer la capacidad de traducción del conocimiento.

La incorporación a procedimientos habituales, la formación de personal nuevo y la existencia de responsables definidos pueden contribuir al mantenimiento.

Sin embargo, sostener una práctica tampoco significa conservarla indefinidamente.

Debe continuar revisándose frente a nueva evidencia.

Desimplementación de prácticas de bajo valor

La traducción del conocimiento incluye también la capacidad para abandonar procedimientos que ya no poseen suficiente respaldo.

La desimplementación puede resultar más difícil que introducir una práctica nueva porque la intervención existente se encuentra integrada dentro de rutinas y expectativas.

Los profesionales pueden haber desarrollado seguridad y confianza en ella, mientras que los pacientes pueden esperar que continúe utilizándose.

Por ello, retirar una práctica requiere explicar las razones y, cuando corresponda, ofrecer alternativas.

Una organización basada en evidencia no solo aprende qué debe incorporar. También desarrolla capacidad para reconocer **qué debe dejar de hacer**.

Este componente evita que la práctica científica se convierta en una acumulación permanente de intervenciones.

Evaluación del impacto

La implementación necesita indicadores coherentes con sus objetivos.

Algunos cambios buscan modificar resultados clínicos; otros pretenden aumentar seguridad, disminuir tiempos o mejorar experiencia.

La evaluación debe analizar aquello que realmente se esperaba modificar.

También puede resultar útil considerar consecuencias no previstas.

Una intervención puede producir beneficios y simultáneamente generar nuevas desigualdades o cargas organizacionales.

La evaluación permite identificar estas tensiones.

La práctica basada en evidencia necesita, por tanto, combinar resultados procedentes de investigación con datos generados durante la implementación local.

Equidad en la traducción del conocimiento

La implementación no afecta necesariamente a todos los grupos de la misma manera.

Las diferencias territoriales, económicas, culturales y digitales pueden modificar el acceso a las innovaciones.

Una intervención digital puede ampliar significativamente el acceso de algunas personas y excluir a otras.

Por ello, la evaluación necesita analizar la distribución de los beneficios.

La evidencia promedio puede ocultar desigualdades entre grupos.

Una traducción del conocimiento responsable debería preguntarse no solamente si la intervención funciona, sino **para quién funciona y bajo qué condiciones**.

Este enfoque conecta la implementación con los principios de equidad desarrollados anteriormente.

Tecnología e inteligencia artificial

Las tecnologías digitales y herramientas de inteligencia artificial pueden facilitar búsqueda, clasificación y síntesis de grandes volúmenes de literatura.

Esto podría disminuir parte de la carga asociada con la actualización científica.

Sin embargo, sus resultados necesitan verificarse.

Los sistemas pueden producir errores, omitir información o presentar conclusiones difíciles de rastrear.

Por ello, la utilización de estas herramientas debe acompañarse de trazabilidad de fuentes y supervisión humana.

La inteligencia artificial puede acelerar algunas etapas de traducción del conocimiento, pero no sustituye la valoración crítica ni la responsabilidad profesional.

Alianzas entre investigación y servicios

Una de las estrategias más prometedoras consiste en fortalecer vínculos entre investigadores y profesionales asistenciales.

Cuando ambos sectores funcionan separados, las preguntas científicas pueden alejarse de los problemas reales y los resultados pueden difundirse sin suficiente comprensión de las condiciones donde deberán aplicarse.

Las alianzas permiten compartir conocimientos desde el inicio.

Los servicios pueden ayudar a identificar preguntas relevantes, mientras que los investigadores aportan herramientas metodológicas para estudiarlas.

King et al. (2024) identificaron alianzas y enfoques colaborativos entre las estrategias utilizadas para desarrollar capacidad de traducción del conocimiento en los sistemas sanitarios.

Este modelo transforma la traducción en una relación bidireccional.

Participación de pacientes y comunidades

La relevancia de una investigación también depende de los resultados que estudia.

Pacientes y comunidades pueden contribuir a identificar necesidades que los investigadores o profesionales no habían priorizado.

Su participación puede ayudar a seleccionar resultados más significativos y diseñar intervenciones adaptadas a realidades concretas.

Esto amplía la concepción de traducción del conocimiento.

No se trata únicamente de llevar resultados desde universidades hacia hospitales, sino de construir un sistema donde pacientes, profesionales, organizaciones e investigadores participen de distintas maneras en el ciclo del conocimiento.

Hacia organizaciones que aprenden

La reducción de la brecha entre investigación y práctica requiere avanzar hacia organizaciones capaces de aprender sistemáticamente.

En estos sistemas, los datos producidos durante la atención permiten identificar problemas; la evidencia científica orienta posibles soluciones; la implementación genera nuevos resultados; y esos resultados se utilizan para modificar nuevamente la práctica.

El ciclo continúa.

Esta perspectiva disminuye la separación tradicional entre conocimiento y atención.

La investigación deja de considerarse una actividad completamente externa al servicio y la práctica cotidiana se convierte también en una fuente de preguntas y aprendizaje.

Síntesis integradora

Trasladar la investigación científica hacia la práctica cotidiana constituye un proceso complejo que va mucho más allá de publicar o difundir resultados. La evidencia necesita ser identificada, interpretada, contextualizada, implementada, evaluada y mantenida dentro de sistemas reales.

Las barreras aparecen en múltiples niveles. Las restricciones de tiempo y recursos, las dificultades metodológicas y la falta de preparación organizacional pueden limitar la incorporación de evidencia, como ha sido documentado en la literatura de enfermería (Dakka et al., 2022).

La investigación reciente sobre traducción del conocimiento refuerza, además, la necesidad de desarrollar capacidades institucionales mediante estrategias multifacéticas que incluyan formación, apoyo especializado, alianzas y estructuras organizacionales sostenibles (King et al., 2024).

El reto no consiste solamente en responder **qué demuestra la investigación**, sino en establecer **cómo puede incorporarse de manera segura, pertinente, equitativa y sostenible dentro de un contexto determinado**.

Por ello, reducir la brecha entre ciencia y práctica requiere profesionales con competencias críticas, equipos interdisciplinarios, liderazgo, acceso al conocimiento, recursos, estrategias de implementación y sistemas de evaluación. También exige abandonar prácticas obsoletas cuando la evidencia cambia y analizar si las innovaciones producen beneficios equivalentes en diferentes poblaciones.

La traducción del conocimiento constituye así el vínculo entre producción científica y transformación efectiva del cuidado. Una investigación alcanza su máximo valor sanitario cuando deja de permanecer únicamente en una publicación y puede contribuir, mediante un proceso riguroso de implementación, a mejorar las decisiones y experiencias de las personas atendidas.

CAPÍTULO 4. Calidad y seguridad en el cuidado integral del paciente

4.1. Conceptualización de calidad en los servicios de salud

La calidad en los servicios de salud constituye uno de los fundamentos esenciales para evaluar el desempeño de los sistemas sanitarios y determinar en qué medida la atención proporcionada responde de manera efectiva a las necesidades de individuos y comunidades. Su conceptualización ha evolucionado desde perspectivas centradas principalmente en infraestructura, cumplimiento de procedimientos o disponibilidad de recursos hacia una visión multidimensional que incorpora resultados clínicos, seguridad, experiencia de las personas, equidad, continuidad y utilización responsable de los recursos.

Desde una perspectiva contemporánea, la calidad puede comprenderse como el grado en que los servicios sanitarios incrementan la probabilidad de alcanzar resultados de salud deseados mediante prácticas coherentes con el conocimiento profesional basado en evidencia. La Organización Mundial de la Salud señala que los servicios de calidad deben ser efectivos, seguros, centrados en las personas, oportunos, equitativos, integrados y eficientes (World Health Organization [WHO], 2025a). Esta definición permite superar una concepción restringida de la calidad como simple cumplimiento de requisitos administrativos.

La existencia de infraestructura, profesionales, medicamentos y tecnologías constituye una condición indispensable, pero no garantiza por sí misma buenos resultados. Una institución puede disponer de equipamiento avanzado y presentar dificultades relacionadas con coordinación, comunicación, retrasos, eventos adversos o inequidades. De manera equivalente, una atención puede desarrollarse dentro de un ambiente cordial y continuar siendo deficiente cuando las intervenciones carecen de suficiente fundamento científico.

Por ello, la calidad sanitaria debe comprenderse como una propiedad integral del sistema que emerge de la interacción entre recursos, procesos asistenciales, competencias profesionales, organización, seguridad y resultados.

Dimensiones fundamentales de la calidad sanitaria

La naturaleza multidimensional de la calidad implica que ninguna variable aislada permite determinar por completo si un servicio funciona adecuadamente. Mortalidad, complicaciones, satisfacción, tiempos de espera o cumplimiento de protocolos aportan información relevante, pero representan dimensiones diferentes de la atención.

La **efectividad** se relaciona con la capacidad para proporcionar intervenciones fundamentadas científicamente que produzcan beneficios clínicamente relevantes. Una atención de alta calidad debe evitar tanto la utilización de procedimientos ineficaces como la omisión de intervenciones cuyo beneficio se encuentra suficientemente respaldado.

Esta dimensión conecta directamente con la práctica basada en evidencia. La incorporación sistemática del conocimiento científico permite disminuir variaciones injustificadas y orientar decisiones hacia intervenciones con un balance favorable entre beneficios y riesgos. Sin embargo, la efectividad demostrada en investigación necesita complementarse con una implementación adecuada dentro de los servicios. Una intervención respaldada científicamente puede producir resultados limitados cuando existen problemas de adherencia al protocolo, recursos insuficientes o dificultades de coordinación.

La **seguridad** constituye otra dimensión indispensable. Una atención científicamente efectiva pierde parte importante de su valor cuando produce daños evitables debido a errores, deficiencias organizacionales o fallas de comunicación. La seguridad requiere identificar riesgos, establecer barreras preventivas y desarrollar sistemas capaces de aprender de los incidentes. La OMS considera la reducción del daño evitable una prioridad global y plantea que la seguridad debe incorporarse en todos los niveles de organización sanitaria (WHO, 2021).

La **atención centrada en las personas** incorpora la experiencia, dignidad, autonomía, valores y preferencias dentro de la evaluación de calidad. Los resultados clínicos continúan siendo fundamentales, pero no representan la totalidad de aquello que importa durante la atención. Una persona también necesita comprender qué ocurre, participar cuando corresponde y percibir continuidad y respeto.

La **oportunidad** se refiere a proporcionar atención en el momento adecuado y reducir retrasos que puedan deteriorar los resultados. Una espera innecesariamente prolongada para diagnóstico, tratamiento o seguimiento puede generar complicaciones incluso cuando las intervenciones posteriores sean técnicamente correctas. Sin embargo, oportunidad no debe confundirse con rapidez indiscriminada. La finalidad consiste en reducir demoras sin comprometer una valoración suficientemente rigurosa.

La **equidad** exige analizar si diferentes grupos poseen oportunidades comparables de recibir una atención adecuada. Las condiciones económicas, educativas, territoriales y sociales continúan produciendo desigualdades importantes en salud, por lo que la calidad no debería evaluarse únicamente mediante promedios generales (WHO, 2025b). Una institución puede presentar buenos indicadores globales y, simultáneamente, ofrecer resultados significativamente peores a determinados grupos.

La **integración y continuidad** resultan especialmente relevantes ante enfermedades crónicas, multimorbilidad y envejecimiento. Una persona puede recibir intervenciones apropiadas dentro de diferentes servicios y experimentar una trayectoria fragmentada cuando estos no comparten información o responsabilidades. La calidad debe analizarse, por tanto, a lo largo de todo el recorrido asistencial y no únicamente dentro de encuentros independientes.

Finalmente, la **eficiencia** implica utilizar responsablemente los recursos evitando desperdicios, duplicaciones y prácticas de bajo valor. Esto no equivale a reducir costos de forma indiscriminada. Una decisión aparentemente económica puede producir posteriormente mayores complicaciones o utilización de servicios. La eficiencia debe relacionar recursos utilizados con los resultados alcanzados.

En conjunto, estas dimensiones muestran que la atención de calidad necesita ser simultáneamente científica, segura, humana, accesible y sostenible.

Estructura, procesos y resultados en la evaluación de calidad

Una de las aproximaciones más útiles para comprender la calidad consiste en analizar tres niveles interrelacionados: **estructura, procesos y resultados**.

La estructura comprende las condiciones en las que se desarrolla la atención. Incluye recursos humanos, infraestructura, disponibilidad de medicamentos, equipos, sistemas de

información y organización institucional. Estos elementos permiten conocer si existen condiciones básicas para proporcionar determinados servicios.

Sin embargo, disponer de recursos no garantiza automáticamente una atención adecuada. Un equipo diagnóstico avanzado puede estar disponible y utilizarse de manera innecesaria o insuficiente. De igual manera, una institución puede contar con profesionales altamente calificados y mantener procesos fragmentados.

Los procesos corresponden a aquello que efectivamente ocurre durante la atención: valoración, diagnóstico, administración de tratamientos, seguimiento, comunicación, educación y coordinación. Los indicadores de proceso permiten determinar si determinadas acciones consideradas relevantes fueron realizadas.

Su interpretación también requiere prudencia. Cumplir formalmente un procedimiento no significa necesariamente que se haya alcanzado su finalidad. Una lista de verificación marcada automáticamente pierde valor cuando los profesionales no realizan realmente las comprobaciones que representa.

Los resultados permiten observar las consecuencias del cuidado sobre la salud y experiencia de las personas. Mortalidad, complicaciones, reingresos, funcionalidad, control de síntomas y calidad de vida constituyen ejemplos.

Los tres niveles se encuentran relacionados. Una estructura insuficiente puede limitar los procesos; procesos deficientes pueden producir malos resultados; y los resultados pueden revelar problemas que no habían sido detectados inicialmente.

La evaluación de calidad necesita, por tanto, integrar estas perspectivas en lugar de depender de una sola categoría de indicadores.

Resultados clínicos y resultados relevantes para las personas

Los indicadores clínicos tradicionales continúan siendo fundamentales. Mortalidad, infecciones, complicaciones y reingresos permiten identificar problemas importantes.

Sin embargo, determinados efectos relevantes para el paciente no siempre aparecen mediante estas medidas.

Los resultados reportados por los propios pacientes pueden proporcionar información sobre dolor, capacidad funcional, fatiga o calidad de vida. Este tipo de información posee particular importancia en enfermedades crónicas y procesos de rehabilitación.

Una intervención puede mejorar un parámetro biológico y generar un beneficio limitado sobre la vida cotidiana. También puede ocurrir que dos tratamientos produzcan resultados clínicos semejantes pero presenten diferencias importantes en carga terapéutica o efectos adversos.

Incorporar resultados relevantes para las personas permite ampliar la definición de éxito.

Esto no significa sustituir los indicadores clínicos objetivos. La evaluación integral combina ambos tipos de información.

Experiencia del paciente como dimensión de calidad

La experiencia del paciente proporciona información sobre cómo se desarrolla la atención desde la perspectiva de quien utiliza los servicios. Puede analizar aspectos relacionados con información, privacidad, respeto, participación, continuidad y accesibilidad.

Debe diferenciarse experiencia de satisfacción.

La satisfacción depende considerablemente de las expectativas previas. La experiencia puede explorar hechos específicos, como si la persona recibió información comprensible o conocía a quién acudir después del alta.

Esta diferencia posee importancia metodológica.

Una persona puede manifestar satisfacción general y, al mismo tiempo, describir dificultades concretas relacionadas con comunicación o coordinación.

Por ello, la experiencia puede utilizarse como fuente de información para identificar áreas que no aparecen en indicadores clínicos.

Los datos cuantitativos pueden complementarse con entrevistas, narrativas y comentarios abiertos.

La calidad contemporánea requiere considerar tanto aquello que ocurre clínicamente como la manera en que ese proceso es experimentado.

Calidad técnica y calidad relacional

La calidad técnica se relaciona con la utilización adecuada del conocimiento científico y de las competencias profesionales. La calidad relacional considera cómo se desarrolla la interacción entre profesionales y pacientes.

Ambas dimensiones son necesarias.

Una atención cordial pero científicamente inapropiada no constituye atención de calidad. Del mismo modo, una intervención técnicamente excelente desarrollada mediante prácticas irrespetuosas presenta una deficiencia.

Los capítulos anteriores han mostrado precisamente que humanización y práctica basada en evidencia son enfoques complementarios.

La calidad integra ambos.

El conocimiento científico orienta aquello que debería hacerse; la relación terapéutica influye en cómo puede llevarse a cabo de manera comprensible, participativa y coherente con las necesidades individuales.

Variabilidad y estandarización

La variabilidad asistencial constituye un tema importante para la calidad.

No toda variación es negativa.

Personas con características diferentes pueden requerir intervenciones distintas.

La variabilidad problemática aparece cuando pacientes con necesidades semejantes reciben cuidados diferentes sin una justificación razonable.

Las guías de práctica clínica y los protocolos contribuyen a disminuir estas diferencias.

Sin embargo, la estandarización excesiva puede generar el problema contrario: aplicar respuestas idénticas a situaciones que necesitan personalización.

La calidad exige encontrar un equilibrio.

Los componentes relacionados con seguridad y procesos críticos pueden necesitar un alto grado de estandarización, mientras que otros elementos requieren mayor adaptación según características y preferencias individuales.

Equidad y análisis de resultados

La evaluación de calidad necesita considerar cómo se distribuyen los resultados dentro de la población.

Un promedio favorable puede ocultar diferencias importantes.

Por ejemplo, los tiempos de acceso pueden ser adecuados en zonas urbanas y considerablemente mayores en determinadas áreas rurales.

La OMS ha señalado que las inequidades sanitarias continúan relacionadas con diferencias estructurales en condiciones de vida, recursos y oportunidades (WHO, 2025b).

Por ello, cuando sea metodológicamente apropiado, los indicadores deberían analizarse según características relevantes de la población.

El objetivo no consiste en producir múltiples estadísticas sin utilidad, sino en detectar si existen grupos que reciben sistemáticamente una atención menos accesible o efectiva.

La equidad se convierte así en una dimensión evaluable de la calidad y no únicamente en un principio ético abstracto.

Eficiencia y atención de bajo valor

La eficiencia sanitaria requiere evitar intervenciones que consumen recursos sin proporcionar beneficios suficientes.

Las pruebas duplicadas, tratamientos innecesarios y procesos administrativos redundantes pueden producir costos y, en determinados casos, riesgos adicionales.

Una cultura de calidad necesita revisar no solamente qué nuevas intervenciones debe incorporar, sino también cuáles deberían dejar de realizarse.

Esto conecta con la desimplementación analizada en el capítulo anterior.

Abandonar prácticas de bajo valor puede liberar recursos para intervenciones más útiles.

Sin embargo, estas decisiones necesitan fundamentarse científicamente y no únicamente en objetivos económicos.

La eficiencia de calidad busca maximizar el valor sanitario, no simplemente disminuir el gasto.

Calidad como responsabilidad organizacional

Los resultados asistenciales emergen de la interacción entre múltiples componentes.

Por esta razón, la calidad no puede atribuirse exclusivamente a las características de profesionales individuales.

Los procesos de contratación, distribución de recursos, carga de trabajo, liderazgo, sistemas digitales y mecanismos de coordinación influyen sobre aquello que ocurre durante la atención.

La evidencia sobre agotamiento profesional muestra asociaciones entre bienestar de los trabajadores y diferentes dimensiones de calidad y seguridad, lo que refuerza la necesidad de considerar las condiciones organizacionales dentro de los programas de mejora (Hodkinson et al., 2022; Li et al., 2024).

Esto no elimina la responsabilidad profesional.

La integra dentro de un sistema de responsabilidades compartidas.

La mejora necesita determinar si el problema corresponde principalmente a conocimientos, comportamientos, procesos o estructuras y diseñar la intervención de acuerdo con esa causa.

Liderazgo y cultura de calidad

El liderazgo desempeña una función estratégica porque determina prioridades y condiciona la disponibilidad de recursos para desarrollar mejoras.

Hult et al. (2023) encontraron asociaciones entre diferentes estilos de liderazgo en enfermería y resultados relacionados con trabajadores, organizaciones y pacientes, lo que muestra la relevancia de esta dimensión para el funcionamiento asistencial.

Un liderazgo orientado hacia calidad necesita promover participación, aprendizaje y análisis de problemas.

Los profesionales deberían disponer de mecanismos para comunicar dificultades y proponer mejoras.

Al mismo tiempo, los líderes necesitan evitar que las políticas de calidad se conviertan exclusivamente en producción de documentación.

La calidad debe reflejarse en aquello que ocurre realmente durante la atención.

Medición y mejora continua

La gestión de calidad exige medir, pero la medición solamente posee valor cuando genera aprendizaje.

Una institución puede disponer de cientos de indicadores y continuar teniendo dificultades para identificar prioridades.

Los indicadores deberían responder preguntas específicas y conectarse con posibles acciones.

La mejora continua puede estructurarse mediante ciclos donde se identifica un problema, se analiza su causa, se implementa una intervención y posteriormente se evalúan los resultados.

Cuando el cambio no produce el efecto esperado, debe revisarse.

La ausencia de resultados favorables proporciona también conocimiento.

Este enfoque evita considerar una intervención como fracaso absoluto y permite utilizar los datos para desarrollar modificaciones progresivas.

Tecnología y evaluación de calidad

Las tecnologías digitales pueden contribuir a recopilar información y facilitar seguimiento de indicadores.

Sin embargo, la digitalización no garantiza automáticamente calidad.

Un sistema mal diseñado puede aumentar cargas administrativas y crear nuevas oportunidades de error.

La incorporación de tecnologías necesita evaluarse mediante resultados clínicos, usabilidad, seguridad y equidad.

Esto adquiere particular relevancia ante inteligencia artificial y sistemas automatizados de apoyo a decisiones.

Una herramienta puede presentar excelente desempeño técnico bajo determinadas condiciones y producir resultados diferentes al implementarse en poblaciones nuevas.

La evaluación continua resulta indispensable.

Transparencia, acreditación y rendición de cuentas

La transparencia puede fortalecer la responsabilidad institucional cuando los resultados se comunican de manera rigurosa y contextualizada.

Sin embargo, las cifras necesitan interpretarse correctamente.

Comparar instituciones sin considerar diferencias entre poblaciones puede producir conclusiones equivocadas.

La acreditación constituye otro mecanismo utilizado para promover estándares.

Estos procesos pueden favorecer revisión de infraestructura y procedimientos, pero no deberían interpretarse como garantía permanente de excelencia.

El riesgo aparece cuando la organización concentra esfuerzos en cumplir requisitos documentales durante determinados periodos y pierde posteriormente continuidad.

Los estándares externos poseen mayor valor cuando fortalecen una cultura interna de mejora permanente.

Calidad como aprendizaje sistémico

Una organización de calidad utiliza diferentes fuentes de información para comprender su funcionamiento.

Indicadores, eventos adversos, experiencias, quejas y resultados proporcionan perspectivas complementarias.

La finalidad no consiste únicamente en determinar si existe un problema, sino en comprender por qué ocurre.

Este enfoque transforma la gestión de calidad en un proceso de aprendizaje.

Los datos permiten identificar patrones; la evidencia ayuda a diseñar soluciones; la implementación genera nuevos resultados; y esos resultados alimentan nuevamente el proceso.

La organización se convierte así en un sistema capaz de revisar continuamente sus prácticas.

Síntesis integradora

La calidad en los servicios de salud constituye un concepto multidimensional que integra efectividad, seguridad, oportunidad, equidad, integración, eficiencia y atención centrada en las personas. No puede comprenderse exclusivamente mediante infraestructura, productividad o resultados biomédicos aislados.

La evaluación requiere analizar estructuras, procesos y resultados y complementarlos con información sobre experiencia y resultados relevantes para las personas. Las diferentes dimensiones deben interpretarse conjuntamente porque una fortaleza en un área no compensa necesariamente una deficiencia grave en otra.

La OMS establece que los servicios sanitarios de calidad deben ser efectivos, seguros, centrados en las personas, oportunos, equitativos, integrados y eficientes (WHO, 2025a), mientras que la evidencia contemporánea destaca también la importancia del liderazgo y de las condiciones profesionales para sostener estos resultados (Hodkinson et al., 2022; Hult et al., 2023; Li et al., 2024).

En consecuencia, la calidad puede definirse como **la capacidad sostenida de un sistema sanitario para proporcionar atención científicamente fundamentada, segura, oportuna, equitativa, eficiente y coherente con las necesidades de las personas,**

mediante procesos capaces de evaluar sus resultados y aprender continuamente de ellos.

Esta conceptualización permite comprender que la seguridad no representa un componente aislado, sino una dimensión central de la calidad. Sobre esta base, resulta necesario analizar cómo las organizaciones pueden desarrollar una cultura en la que los riesgos sean identificados, los incidentes generen aprendizaje y la prevención del daño se convierta en una responsabilidad colectiva.

Número de palabras: aproximadamente 3.200.

4.2. Cultura de seguridad del paciente

La seguridad del paciente constituye una dimensión esencial de la calidad sanitaria y se relaciona con la capacidad de los sistemas para reducir el riesgo de daño evitable asociado con la atención. Sin embargo, su construcción exige superar una interpretación limitada según la cual la seguridad depende únicamente de que cada profesional evite cometer errores. Los incidentes sanitarios suelen surgir de interacciones entre decisiones humanas, condiciones laborales, tecnologías, procesos, comunicación y organización. Por ello, la seguridad debe analizarse como una propiedad del sistema.

El *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030* plantea como visión avanzar hacia un mundo donde ninguna persona resulte perjudicada durante la atención y donde todos reciban cuidados seguros y respetuosos en todo momento (World Health Organization [WHO], 2021). Este marco reconoce que la prevención del daño exige liderazgo, sistemas de aprendizaje, competencias profesionales, participación de pacientes y diseño de procesos seguros.

La **cultura de seguridad** puede comprenderse como el conjunto de valores, percepciones, comportamientos y prácticas mediante los cuales una organización reconoce la prevención del daño como una prioridad permanente. Una institución con una cultura sólida no se limita a reaccionar después de los eventos; desarrolla capacidad para identificar vulnerabilidades, comunicar riesgos, analizar incidentes y transformar los hallazgos en mejoras.

De la culpa individual hacia una perspectiva sistémica

Uno de los principales avances en seguridad ha consistido en reconocer que los errores rara vez pueden comprenderse observando únicamente la acción final de una persona.

Un error relacionado con medicamentos puede estar asociado con una prescripción ambigua, interrupciones, elevada carga de trabajo, medicamentos visualmente semejantes o una interfaz electrónica difícil de utilizar. Concentrar todo el análisis en quien realizó la última acción puede ocultar estas condiciones.

La perspectiva sistémica no elimina responsabilidad individual.

Su finalidad consiste en comprender el conjunto de factores que contribuyeron al resultado.

Esto permite diferenciar un error humano involuntario de una conducta deliberadamente insegura y desarrollar respuestas proporcionales.

La seguridad se fortalece cuando el análisis busca prevenir la repetición en lugar de limitarse a identificar culpables.

Error, incidente y daño

Error y daño no son conceptos equivalentes.

Un error puede detectarse antes de afectar al paciente. También pueden producirse daños relacionados con riesgos conocidos de determinados tratamientos sin que exista necesariamente una equivocación profesional.

Esta diferenciación posee implicaciones para la prevención.

La seguridad no debería evaluarse únicamente contabilizando daños.

Los incidentes sin lesión y los casi eventos aportan información sobre vulnerabilidades que todavía no han producido consecuencias graves.

Analizar estos acontecimientos permite intervenir de manera preventiva.

Una cultura madura aprende antes de que ocurra un daño severo.

Cultura justa, responsabilidad y aprendizaje

Una cultura de seguridad necesita equilibrar aprendizaje y responsabilidad.

Los enfoques excesivamente punitivos pueden reducir la disposición de los profesionales a comunicar errores o situaciones de riesgo. Sin embargo, eliminar toda responsabilidad individual puede resultar igualmente problemático.

La denominada **cultura justa** intenta establecer una respuesta proporcional según la naturaleza de la conducta y las circunstancias en las que ocurrió.

Los errores involuntarios requieren análisis y rediseño. Las conductas de riesgo pueden necesitar formación, retroalimentación o modificación de incentivos. Las actuaciones deliberadamente temerarias requieren respuestas diferentes.

Este enfoque permite reconocer que las personas trabajan dentro de sistemas y, al mismo tiempo, conservar estándares profesionales.

La finalidad no consiste en crear una cultura sin consecuencias, sino una cultura capaz de diferenciar situaciones y aprender de ellas.

Seguridad psicológica y capacidad para hablar

Una cultura de seguridad necesita que los integrantes del equipo puedan comunicar preocupaciones.

La jerarquía puede convertirse en una barrera cuando un profesional identifica un riesgo y teme cuestionar una decisión.

La seguridad psicológica se relaciona con la posibilidad de formular preguntas, reconocer incertidumbre y comunicar problemas sin temor a humillación o represalias injustificadas.

Esto posee particular importancia en equipos interdisciplinarios.

Una enfermera que detecta una dosis potencialmente incorrecta o un farmacéutico que identifica una interacción necesitan mecanismos para expresar la preocupación independientemente de la posición jerárquica de quien tomó la decisión inicial.

La capacidad de hablar constituye así una barrera preventiva.

Sin embargo, requiere que la organización responda de manera respetuosa y orientada hacia el aprendizaje.

Sistemas de notificación y aprendizaje de incidentes

La notificación de eventos adversos, errores y casi eventos permite identificar patrones y vulnerabilidades.

Su valor depende de lo que ocurre después de comunicar la información.

Un sistema complejo, punitivo o carente de retroalimentación puede disminuir la voluntad de reportar.

Por el contrario, cuando los profesionales observan que los reportes generan análisis y modificaciones concretas, aumenta su utilidad como instrumento de aprendizaje.

Los datos de notificación tampoco deben interpretarse de forma simplista.

Una institución con mayor número de reportes puede poseer una cultura más abierta y no necesariamente presentar peor seguridad.

El subregistro puede producir una falsa apariencia de buenos resultados.

Por ello, las tasas de notificación deben interpretarse conjuntamente con otras fuentes.

Investigación de incidentes

El análisis posterior a un evento debe buscar factores contribuyentes.

Esto puede incluir organización del trabajo, comunicación, disponibilidad de recursos, tecnología, formación y diseño de procesos.

La pregunta central no debería limitarse a "¿quién cometió el error?", sino ampliarse hacia "¿cómo fue posible que este evento ocurriera y qué barreras podrían evitar que se repita?".

Las herramientas estructuradas pueden favorecer un análisis más sistemático.

Sin embargo, ninguna metodología sustituye el razonamiento.

Las recomendaciones derivadas del análisis deben orientarse hacia modificaciones con capacidad real para disminuir el riesgo.

Capacitar nuevamente a los profesionales puede resultar insuficiente cuando la causa principal corresponde a un proceso mal diseñado.

Prevención prospectiva de riesgos

La seguridad no puede depender exclusivamente de aprender después de los eventos.

Las organizaciones necesitan identificar riesgos antes de que produzcan daño.

El análisis prospectivo puede utilizarse antes de implementar nuevos procesos, dispositivos o tecnologías.

Esto permite preguntarse dónde podrían aparecer fallas y cuáles serían sus consecuencias.

La prevención prospectiva complementa el análisis retrospectivo.

Una organización madura combina ambos enfoques: aprende de aquello que ocurrió y anticipa aquello que podría ocurrir.

Áreas prioritarias para la prevención del daño

Determinados procesos representan áreas especialmente relevantes para la seguridad. Los medicamentos, identificación correcta, prevención de infecciones, caídas, procedimientos invasivos y transiciones asistenciales requieren barreras sistemáticas.

La seguridad de medicamentos comienza antes de la administración. Prescripción, dispensación, preparación, administración y seguimiento pueden presentar riesgos. La conciliación durante transiciones permite identificar discrepancias, mientras que la participación del paciente puede aportar información sobre aquello que realmente utiliza.

La identificación correcta constituye otra barrera fundamental. Los procedimientos deben utilizar criterios estandarizados y evitar depender exclusivamente de ubicación, apariencia o familiaridad. Una atención repetitiva puede generar una falsa sensación de seguridad y favorecer omisiones en verificaciones básicas.

En prevención de infecciones, el comportamiento profesional necesita acompañarse de condiciones estructurales. La higiene de manos difícilmente puede mantenerse adecuadamente si los insumos no se encuentran disponibles en puntos accesibles. Esto muestra nuevamente que la seguridad surge de la interacción entre personas y organización.

Las caídas plantean además la necesidad de equilibrar prevención y autonomía. Una estrategia excesivamente restrictiva puede disminuir movilidad y producir deterioro funcional. La seguridad centrada en la persona identifica riesgos y desarrolla apoyos proporcionales sin eliminar innecesariamente independencia.

En cirugía y otros procedimientos invasivos, las listas de verificación pueden favorecer la confirmación de información crítica. Sin embargo, pierden efectividad cuando se convierten

en actividades burocráticas. La verificación debe representar una pausa real y no únicamente una casilla completada.

Estos ejemplos muestran que los protocolos son herramientas importantes, pero su capacidad preventiva depende de cómo sean implementados.

Transiciones y comunicación clínica

Los cambios de turno, traslados entre servicios y altas hospitalarias constituyen momentos especialmente vulnerables porque implican transferencia de información y responsabilidad.

Una comunicación incompleta puede producir omisiones, duplicaciones o errores.

Los sistemas de transferencia estructurada pueden ayudar a garantizar que los elementos esenciales sean comunicados.

Sin embargo, deben permitir incorporar también características particulares del paciente.

Una herramienta excesivamente rígida puede generar omisiones diferentes.

La seguridad requiere combinar estandarización y juicio profesional.

La responsabilidad sobre resultados críticos también debe encontrarse claramente definida. Un examen realizado y correctamente registrado puede producir daño cuando nadie revisa oportunamente su resultado.

La existencia de tecnología no elimina esta responsabilidad.

Trabajo interdisciplinario como barrera de seguridad

La colaboración entre profesiones constituye una de las defensas más importantes frente al error.

Cada integrante observa aspectos diferentes y puede identificar riesgos que otros no habían reconocido.

Hult et al. (2023) muestran que los estilos de liderazgo y las características del entorno profesional se relacionan con diferentes resultados de los equipos y pacientes, reforzando la importancia de condiciones organizacionales que permitan colaboración.

Una cultura donde las decisiones no pueden cuestionarse desaprovecha esta capacidad.

El objetivo no consiste en eliminar jerarquías funcionales, sino en evitar que impidan comunicar información relevante.

La seguridad se fortalece cuando el equipo puede deliberar y corregirse mutuamente dentro de un marco respetuoso.

Participación del paciente y la familia

Los pacientes y familiares pueden aportar información importante para la seguridad. Pueden comunicar alergias, identificar discrepancias, formular preguntas o señalar cambios.

La OMS ha reconocido su participación como uno de los componentes necesarios para avanzar hacia sistemas más seguros y ha promovido un cambio desde una atención desarrollada exclusivamente para las personas hacia otra construida también con ellas (WHO, 2023).

Esta participación debe interpretarse con cuidado.

El paciente no es responsable de vigilar al sistema.

Su contribución constituye una barrera adicional de seguridad, mientras que la obligación principal continúa correspondiendo a profesionales e instituciones.

Para que pueda participar necesita información comprensible y un entorno donde formular preguntas sea aceptado.

Transparencia después de un evento adverso

Cuando ocurre un daño asociado con la atención, la comunicación con el paciente y la familia adquiere una dimensión ética y de calidad.

Ocultar información puede deteriorar profundamente la confianza.

Las instituciones necesitan procedimientos que permitan comunicar lo ocurrido de manera transparente, respetuosa y proporcional a la situación.

La información debe incluir aquello que se conoce y diferenciarlo de aspectos que todavía se encuentran bajo investigación.

También resulta importante comunicar qué medidas se adoptarán para analizar y prevenir eventos semejantes.

La transparencia no elimina las consecuencias del daño, pero constituye una condición para una respuesta institucional responsable.

Impacto de los eventos adversos en los profesionales

Los eventos adversos también pueden producir consecuencias emocionales en los trabajadores involucrados. Pueden aparecer culpa, ansiedad, temor, pérdida de confianza profesional y dificultad para continuar determinadas actividades.

Este fenómeno ha sido denominado históricamente *segunda víctima*, aunque la terminología ha sido debatida porque puede generar confusión respecto del lugar central de la persona que sufrió el daño.

Resulta más preciso hablar del **impacto de los eventos adversos sobre los profesionales involucrados**.

Reconocer este impacto no reduce la responsabilidad ni equipara las experiencias.

Permite comprender que los profesionales pueden necesitar apoyo para procesar el evento y participar constructivamente en el aprendizaje.

Los sistemas punitivos pueden aumentar estas consecuencias y dificultar la notificación.

Carga laboral, agotamiento y seguridad

Las condiciones laborales constituyen un componente importante de la seguridad. Sobrecarga, fatiga y déficit de profesionales pueden afectar la atención, comunicación y capacidad para detectar riesgos.

Hodkinson et al. (2022) encontraron asociaciones entre agotamiento médico y diferentes indicadores de calidad y seguridad. De manera complementaria, Li et al. (2024) identificaron asociaciones entre agotamiento en enfermería y resultados menos favorables relacionados con calidad, seguridad y satisfacción de pacientes.

Estos resultados deben interpretarse sin asumir que un profesional agotado producirá necesariamente un evento adverso. La relación es sistémica y multifactorial.

Sin embargo, proporcionan evidencia suficiente para considerar las condiciones laborales dentro de los programas de seguridad.

No resulta sostenible construir sistemas seguros dependiendo permanentemente de esfuerzos extraordinarios de los trabajadores.

Tecnología como fuente de seguridad y riesgo

Los sistemas digitales pueden reducir determinados errores mediante alertas, controles de interacción y disponibilidad de información.

Sin embargo, también introducen nuevos riesgos.

La fatiga producida por una cantidad excesiva de alertas puede llevar a ignorar advertencias importantes. Las interfaces complejas pueden favorecer selecciones incorrectas y los problemas de interoperabilidad pueden fragmentar la información.

Por ello, una tecnología no debe considerarse automáticamente segura por ser digital.

Debe evaluarse después de su implementación.

La usabilidad, desempeño y efectos no deseados forman parte de la seguridad.

Inteligencia artificial y supervisión humana

La inteligencia artificial amplía las posibilidades para identificar riesgos, predecir deterioro y apoyar decisiones.

Sin embargo, introduce preguntas relacionadas con sesgos, transparencia y aplicabilidad entre poblaciones.

La OMS ha establecido que las tecnologías de inteligencia artificial utilizadas en salud deben preservar autonomía, seguridad, transparencia, responsabilidad y equidad (WHO, 2021).

Una recomendación algorítmica no debe convertirse en una decisión automática.

Los profesionales necesitan interpretarla dentro del contexto.

Asimismo, las organizaciones deben conocer el desempeño real de las herramientas después de su implementación.

La supervisión humana continúa siendo indispensable.

Medición de la cultura de seguridad

Las instituciones pueden utilizar encuestas y otros instrumentos para explorar dimensiones como trabajo en equipo, comunicación, respuesta ante errores, liderazgo y notificación.

Estas herramientas permiten identificar percepciones y comparar tendencias.

Sin embargo, una puntuación favorable no demuestra por sí sola que un servicio carezca de riesgos.

La medición debe combinarse con indicadores clínicos, eventos, observaciones y análisis cualitativos.

La cultura es un fenómeno complejo y no puede resumirse completamente mediante una escala.

Las tendencias adquieren mayor valor cuando se analizan junto con información sobre cambios organizacionales y resultados.

Liderazgo y cultura de seguridad

Los líderes poseen una función central en la seguridad porque sus decisiones indican qué prioridades son realmente importantes.

Una institución puede declarar que la seguridad es fundamental y mantener simultáneamente condiciones que presionan constantemente a los profesionales a trabajar de manera incompatible con determinados estándares.

La coherencia es necesaria.

El liderazgo debe facilitar comunicación de riesgos, proporcionar recursos y promover respuestas proporcionales ante incidentes.

La evidencia disponible sobre liderazgo sanitario demuestra relaciones entre las características del liderazgo y diferentes resultados profesionales y asistenciales (Hult et al., 2023).

La seguridad necesita, por tanto, liderazgo visible y sostenido.

Formación, simulación y aprendizaje

La formación resulta fundamental cuando un problema se encuentra relacionado con falta de conocimientos o competencias.

La simulación permite practicar situaciones críticas, comunicación interdisciplinaria y respuestas ante deterioro sin poner en riesgo a pacientes.

Sin embargo, capacitar no debe convertirse en una respuesta automática frente a cualquier incidente.

Cuando la causa principal corresponde a una interfaz deficiente, falta de recursos o proceso contradictorio, impartir nuevamente un curso probablemente tendrá un impacto limitado.

La intervención de seguridad debe corresponder al problema identificado.

Este principio evita respuestas superficiales y dirige los recursos hacia cambios con mayor capacidad preventiva.

Seguridad y humanización

La seguridad no debe construirse separadamente de los principios de humanización.

Una intervención excesivamente restrictiva puede prevenir un riesgo y producir otros daños físicos o emocionales.

La seguridad centrada en la persona analiza beneficios y consecuencias.

La prevención de caídas, por ejemplo, debe equilibrarse con la necesidad de mantener movilidad.

La gestión de riesgos tampoco debe eliminar innecesariamente la autonomía.

Cuando existen diferentes alternativas, las preferencias pueden formar parte de la deliberación.

Esto demuestra que seguridad, evidencia y humanización convergen dentro de una misma concepción de calidad.

De una cultura reactiva hacia una cultura preventiva

Las organizaciones pueden desarrollar diferentes grados de madurez.

Una cultura reactiva responde fundamentalmente después de los eventos.

Una cultura preventiva analiza riesgos de manera anticipada.

En niveles más avanzados, la seguridad forma parte de todas las decisiones organizacionales y no únicamente de departamentos especializados.

Esto significa considerar sus implicaciones al introducir tecnologías, modificar cargas, diseñar procesos o construir infraestructura.

La seguridad se convierte entonces en una propiedad transversal.

Esta transformación requiere tiempo, liderazgo y aprendizaje permanente.

Seguridad como responsabilidad compartida

La seguridad del paciente depende de responsabilidades distribuidas entre profesionales, equipos, organizaciones y autoridades sanitarias.

Los profesionales deben desarrollar prácticas seguras y comunicar riesgos.

Los equipos necesitan mecanismos de colaboración.

Las instituciones deben proporcionar recursos y diseñar procesos adecuados.

Los sistemas sanitarios requieren políticas que favorezcan aprendizaje y prevención.

Ninguno de estos niveles puede transferir completamente sus obligaciones hacia otro.

La participación del paciente añade una perspectiva valiosa, pero tampoco sustituye estas responsabilidades.

La cultura de seguridad surge precisamente de la articulación entre todos estos actores.

Síntesis integradora

La cultura de seguridad del paciente constituye una dimensión fundamental de la calidad sanitaria y representa la capacidad de una organización para reconocer riesgos, aprender de incidentes y desarrollar procesos destinados a disminuir el daño evitable.

El enfoque contemporáneo supera una interpretación centrada exclusivamente en errores individuales. Los eventos adversos emergen frecuentemente de la interacción entre comportamientos humanos, procesos, tecnologías, condiciones laborales y estructuras organizacionales. Por ello, la prevención requiere una perspectiva sistémica.

El *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030* establece la reducción del daño evitable como una prioridad internacional y reconoce la necesidad de desarrollar sistemas seguros mediante liderazgo, participación y aprendizaje continuo (WHO, 2021). Asimismo, la incorporación de pacientes y familias puede fortalecer las estrategias preventivas sin transferirles la responsabilidad institucional por la seguridad (WHO, 2023).

La evidencia reciente refuerza también la necesidad de analizar las condiciones en las que trabajan los profesionales, dado que agotamiento y condiciones laborales se relacionan con diferentes dimensiones de calidad y seguridad (Hodkinson et al., 2022; Li et al., 2024).

En consecuencia, una cultura sólida necesita combinar **responsabilidad proporcional, seguridad psicológica, comunicación abierta, aprendizaje de incidentes, liderazgo, prevención prospectiva y participación de pacientes y equipos**.

La ausencia de castigo indiscriminado no significa ausencia de responsabilidad, del mismo modo que disponer de numerosos protocolos no garantiza automáticamente seguridad. La verdadera cultura aparece cuando la organización convierte los riesgos y errores en oportunidades sistemáticas de aprendizaje y desarrolla modificaciones capaces de impedir su repetición.

Una cultura madura de seguridad es, por tanto, aquella en la que **los profesionales pueden hablar de los riesgos, los incidentes son analizados desde una perspectiva sistémica, los líderes responden con acciones concretas y la prevención del daño se incorpora a todas las decisiones relevantes de la organización**.

De esta manera, la seguridad deja de entenderse únicamente como ausencia de eventos adversos y se convierte en una capacidad permanente del sistema para anticipar, detectar, responder y aprender, preservando simultáneamente la dignidad y autonomía de las personas atendidas.

4.3. Identificación, prevención y gestión de riesgos asistenciales

La identificación, prevención y gestión de riesgos asistenciales constituyen componentes esenciales de una atención sanitaria segura y de calidad. Los servicios de salud funcionan como sistemas complejos en los que interactúan personas, tecnologías, medicamentos, procedimientos, información clínica, infraestructura y múltiples niveles organizacionales. Esta complejidad hace imposible eliminar completamente todos los riesgos; sin embargo, permite desarrollar estrategias orientadas a reconocerlos, analizarlos, reducir su probabilidad y limitar sus consecuencias.

La gestión del riesgo asistencial puede comprenderse como un proceso sistemático mediante el cual se identifican peligros potenciales, se analiza su probabilidad e impacto, se establecen prioridades, se implementan medidas preventivas y posteriormente se evalúa si dichas intervenciones lograron disminuir el riesgo. Desde esta perspectiva, la seguridad no comienza después de un evento adverso, sino antes de que el daño ocurra.

El *Global Patient Safety Report 2024* destaca que el daño asociado con la atención continúa representando un problema relevante para los sistemas sanitarios y que persisten diferencias importantes entre países en la implementación de políticas, sistemas de aprendizaje y mecanismos de prevención (World Health Organization [WHO], 2024). De manera complementaria, la OMS ha señalado que el daño asociado con la atención continúa siendo frecuente y que una proporción significativa puede prevenirse mediante la utilización sistemática de prácticas de seguridad (WHO, 2023).

La gestión contemporánea del riesgo debe, por tanto, abandonar una visión centrada exclusivamente en errores individuales y avanzar hacia un enfoque sistémico en el que los acontecimientos se interpreten como resultado de interacciones entre factores humanos, tecnológicos, organizacionales y asistenciales.

Conceptualización y naturaleza del riesgo asistencial

El riesgo asistencial puede definirse como la posibilidad de que una condición, proceso, intervención o decisión vinculada con la atención produzca un resultado no deseado para el paciente. La existencia de riesgo no significa que necesariamente ocurrirá un daño, sino que determinadas condiciones incrementan la probabilidad de que este se produzca.

Los riesgos pueden surgir durante diferentes etapas del cuidado. Algunos se relacionan con medicamentos; otros, con procedimientos invasivos, diagnóstico, infecciones, dispositivos, comunicación, identificación del paciente o transiciones entre servicios. También pueden originarse en condiciones organizacionales como cargas laborales excesivas, falta de recursos o sistemas de información deficientes.

En numerosos casos, el riesgo no surge de un único elemento, sino de la combinación de varios factores. Una prescripción correcta puede convertirse en una situación peligrosa si existe una identificación incorrecta, una preparación inadecuada o una interrupción durante la administración. Esta característica demuestra por qué la seguridad necesita analizar los procesos completos y no únicamente acciones aisladas.

La gestión de riesgos debe reconocer además que las personas poseen limitaciones inherentes. Los profesionales pueden olvidar información, interpretar incorrectamente una indicación o seleccionar una opción equivocada dentro de un sistema complejo. Por ello, una organización segura no confía exclusivamente en la memoria o en la vigilancia individual, sino que diseña barreras capaces de detectar y contener errores antes de que produzcan daño.

Identificación y análisis sistemático del riesgo

La identificación constituye la primera etapa de una gestión efectiva. Las organizaciones pueden obtener información sobre riesgos mediante sistemas de notificación, revisión de historias clínicas, auditorías, indicadores, observación directa, análisis de reclamos, experiencias de pacientes y evaluación de procesos.

Ninguno de estos mecanismos permite identificar por sí solo la totalidad de los problemas.

Hibbert et al. (2023) encontraron diferencias importantes entre los eventos detectados mediante sistemas de notificación voluntaria y aquellos identificados mediante revisión estructurada de historias clínicas. Este hallazgo muestra que la ausencia de reportes no debe interpretarse automáticamente como ausencia de riesgo o daño.

Los sistemas de notificación continúan siendo importantes porque permiten conocer acontecimientos detectados directamente por los profesionales. Goekcimen et al. (2023), en una revisión sistemática sobre sistemas de reporte de incidentes críticos, destacan su utilidad para identificar peligros y generar oportunidades de aprendizaje cuando la información posteriormente se analiza y se utiliza para desarrollar mejoras.

Por ello, la notificación constituye el inicio del proceso y no su finalidad. Registrar un incidente sin analizar sus causas ni generar cambios produce un beneficio limitado.

Los casi eventos poseen también especial importancia. En ellos se produce una falla potencial, pero el daño no alcanza al paciente debido a una barrera, una intervención profesional o una circunstancia fortuita. Estos acontecimientos ofrecen una oportunidad para reconocer vulnerabilidades antes de que se produzcan consecuencias graves.

Una organización madura aprende tanto de aquello que ocurrió como de aquello que estuvo cerca de ocurrir.

Análisis retrospectivo y prospectivo

La gestión del riesgo puede desarrollarse mediante aproximaciones retrospectivas y prospectivas.

El análisis retrospectivo comienza después de un incidente. Su objetivo consiste en reconstruir lo ocurrido, identificar factores contribuyentes y determinar qué cambios podrían disminuir la posibilidad de repetición.

La perspectiva prospectiva adopta la dirección contraria: analiza cómo podría fallar un proceso antes de que exista un evento.

Esta aproximación resulta especialmente útil cuando se implementan nuevas tecnologías, procedimientos o circuitos asistenciales. Antes de introducir una plataforma digital, por ejemplo, puede analizarse si existe posibilidad de seleccionar al paciente incorrecto, generar duplicaciones o producir alertas que interfieran con otras actividades.

Ambas aproximaciones deben considerarse complementarias. El análisis retrospectivo aprovecha experiencias reales, mientras que el prospectivo permite anticipar vulnerabilidades.

La prevención efectiva necesita ambas capacidades.

Priorización de los riesgos

Los sistemas sanitarios identifican numerosos riesgos y no siempre pueden intervenir simultáneamente sobre todos ellos. Por esta razón, resulta necesario establecer prioridades.

La priorización puede considerar frecuencia, probabilidad, gravedad potencial, capacidad de detección y posibilidad de prevención. Un evento infrecuente puede adquirir prioridad cuando posee consecuencias potencialmente catastróficas; otro de menor gravedad puede merecer atención debido a su elevada frecuencia y al daño acumulado que produce.

Las matrices de riesgo pueden utilizarse como herramientas de apoyo para organizar esta información, pero sus resultados no deben interpretarse como medidas absolutas. Las categorías utilizadas y la estimación de probabilidad o impacto incorporan inevitablemente componentes de juicio.

Por ello, una puntuación debe complementarse con información clínica, experiencia profesional, datos locales y conocimiento de las condiciones organizacionales.

La gestión del riesgo exige interpretación, no solamente clasificación.

Factores humanos y diseño seguro de sistemas

Uno de los principios fundamentales de la seguridad contemporánea consiste en reconocer que pedir a los profesionales que "presten más atención" rara vez constituye una solución suficiente frente a errores recurrentes.

Las personas trabajan dentro de entornos que pueden facilitar o dificultar un desempeño seguro.

Las interrupciones frecuentes, elevada carga cognitiva, interfaces complejas, turnos prolongados y señales visuales confusas pueden aumentar la posibilidad de errores.

Los principios de factores humanos permiten estudiar estas interacciones y diseñar entornos más tolerantes al error.

Si dos medicamentos poseen envases muy similares, por ejemplo, una estrategia más robusta puede consistir en separarlos, diferenciarlos visualmente o introducir alertas específicas, en lugar de depender exclusivamente de la memoria del profesional.

La seguridad mejora cuando el sistema se diseña considerando las limitaciones humanas normales.

Principales áreas de riesgo asistencial

Los riesgos asociados con medicamentos constituyen una de las áreas prioritarias. Los errores pueden aparecer durante prescripción, dispensación, preparación, administración y seguimiento. La iniciativa *Medication Without Harm* de la OMS ha destacado la relevancia internacional de reducir los daños prevenibles relacionados con medicamentos (WHO, 2023).

La prevención puede incluir conciliación farmacológica, identificación correcta, revisión de interacciones, almacenamiento diferenciado de productos de alto riesgo y sistemas electrónicos de apoyo. Sin embargo, estas medidas necesitan implementarse de forma real y no como rutinas meramente documentales.

El riesgo diagnóstico representa otro ámbito fundamental. Un diagnóstico incorrecto o retrasado puede conducir a tratamientos inapropiados, investigaciones innecesarias o pérdida de oportunidades terapéuticas. Newman-Toker et al. (2022) han documentado la relevancia del daño asociado con errores diagnósticos en servicios de emergencia, evidenciando que determinadas condiciones son especialmente vulnerables a retrasos o interpretaciones incorrectas.

La prevención requiere mecanismos de reevaluación, seguimiento de pruebas, comunicación de resultados pendientes y reconocimiento explícito de incertidumbre.

Los procedimientos invasivos también exigen barreras específicas. La identificación del paciente, el procedimiento previsto, el sitio correcto y la disponibilidad de los recursos necesarios deben comprobarse mediante procesos estandarizados. Las listas de verificación pueden aportar valor cuando generan una verdadera pausa clínica y favorecen el intercambio de información. Su eficacia disminuye cuando se completan únicamente como requisito administrativo.

Las infecciones asociadas con la atención representan asimismo un riesgo prioritario. Su prevención requiere higiene de manos, manejo adecuado de dispositivos, prácticas asépticas y vigilancia. Sin embargo, estas acciones dependen también de disponibilidad de insumos, organización del entorno y carga de trabajo.

Las caídas constituyen otro ejemplo de riesgo en el que debe equilibrarse seguridad con autonomía. La prevención no debería conducir automáticamente a restringir la movilidad de todos los pacientes considerados vulnerables. Una inmovilización excesiva puede generar

pérdida funcional y nuevas complicaciones. La estrategia debe valorar individualmente el riesgo y establecer apoyos proporcionales.

Transiciones asistenciales y continuidad

Los cambios de turno, transferencias entre unidades y alta hospitalaria constituyen momentos de especial vulnerabilidad porque implican transferencia de información y responsabilidad.

Durante estas transiciones pueden perderse datos relacionados con medicamentos, alergias, resultados pendientes o recomendaciones de seguimiento.

La gestión del riesgo exige mecanismos estructurados de comunicación y claridad respecto de quién continuará cada actividad.

La estandarización puede reducir omisiones, pero debe permitir comunicar también aspectos particulares del caso.

Un formulario no sustituye el razonamiento profesional.

La continuidad se fortalece cuando los diferentes niveles de atención comparten información y el paciente comprende los elementos principales del plan.

La participación del usuario puede constituir una barrera adicional, aunque no debe transformarse en un mecanismo mediante el cual el sistema le transfiere la responsabilidad de corregir sus propias fallas.

Recursos humanos y condiciones organizacionales

La seguridad también depende de las condiciones en las que trabajan los profesionales. La dotación insuficiente de personal puede incrementar la carga asistencial, producir retrasos y disminuir la capacidad para detectar cambios clínicos oportunamente.

Drennan et al. (2024), al revisar evidencia relacionada con niveles de dotación de enfermería en servicios de emergencia, encontraron asociaciones entre menor disponibilidad de personal y diferentes resultados desfavorables relacionados con atención y seguridad.

Estos resultados no significan que todos los eventos puedan explicarse mediante falta de profesionales. Señalan que los recursos humanos constituyen un componente del sistema de seguridad y deben incluirse dentro del análisis del riesgo.

Una institución que funciona permanentemente al límite de su capacidad posee menos margen para responder ante situaciones inesperadas.

La planificación de personal constituye, por ello, una intervención preventiva y no únicamente administrativa.

Tecnología y gestión del riesgo

Las herramientas digitales pueden contribuir a detectar interacciones farmacológicas, resultados anormales, deterioro o patrones asociados con eventos adversos.

Deimazar et al. (2023) identificaron un creciente uso de técnicas de aprendizaje automático para detectar o predecir eventos de seguridad mediante información procedente de registros electrónicos.

Estas herramientas pueden ampliar la capacidad de vigilancia, pero no sustituyen la evaluación profesional.

Los modelos necesitan validarse en poblaciones y contextos adecuados. Un sistema desarrollado con datos procedentes de una población puede mostrar un desempeño diferente cuando se utiliza en otra.

Las alertas también pueden generar nuevos riesgos cuando son demasiado frecuentes o poco específicas.

La tecnología debe, por tanto, someterse al mismo proceso de identificación y gestión de riesgos que cualquier otra intervención sanitaria.

Participación del paciente en la gestión del riesgo

Los pacientes y familias pueden proporcionar información relevante relacionada con medicamentos, alergias, antecedentes o cambios en la condición.

El *Global Patient Safety Report 2024* mantiene la participación de pacientes y familias dentro de las estrategias necesarias para fortalecer la seguridad (WHO, 2024).

La participación funciona mejor cuando existe una cultura que facilita preguntas y reconoce que el paciente posee información que puede ser clínicamente importante.

Un usuario que percibe rechazo ante sus preguntas puede dejar de comunicar una discrepancia.

La participación constituye una capa adicional de seguridad y no un reemplazo de los sistemas profesionales.

La responsabilidad principal por diseñar procesos seguros continúa correspondiendo a las organizaciones y a los profesionales.

Cultura de seguridad y gestión integrada del riesgo

La gestión técnica de riesgos posee un alcance limitado cuando la cultura institucional desalienta la comunicación.

Vikan et al. (2023), en una revisión sistemática, encontraron que una parte importante de los estudios incluidos mostraba asociaciones entre mejores percepciones de cultura de seguridad y menor frecuencia de determinados eventos adversos, aunque los autores también identificaron heterogeneidad metodológica.

Estos resultados respaldan la necesidad de combinar procedimientos técnicos con una cultura organizacional favorable al aprendizaje.

Asimismo, los riesgos deben analizarse de manera integrada. Una caída puede estar relacionada simultáneamente con medicamentos, iluminación, debilidad muscular y carga asistencial. Gestionar exclusivamente uno de estos componentes puede resultar insuficiente.

La visión sistémica busca identificar conexiones entre problemas y evitar intervenciones aisladas que simplemente trasladen el riesgo hacia otra parte del proceso.

Evaluación de las medidas preventivas

Una intervención preventiva necesita comprobarse después de su implementación.

La reducción del riesgo no debería asumirse automáticamente porque se elaboró un nuevo protocolo.

Es necesario analizar si disminuyeron los incidentes, si la práctica se implementó realmente y si surgieron consecuencias no previstas.

Algunas medidas pueden aumentar excesivamente la carga administrativa o generar nuevas oportunidades de error.

Por ello, la gestión del riesgo posee un carácter cíclico: identificar, analizar, intervenir, medir y reajustar.

Cuando los resultados no mejoran, la respuesta no debería consistir únicamente en insistir en el cumplimiento. Puede ser necesario reconsiderar si la intervención aborda realmente las causas del problema.

Síntesis integradora

La identificación, prevención y gestión de riesgos asistenciales constituyen procesos fundamentales para desarrollar sistemas sanitarios seguros. El riesgo forma parte inevitable de actividades clínicas complejas, pero su existencia no implica aceptar pasivamente el daño.

La evidencia contemporánea muestra que ninguna fuente de información permite reconocer por sí sola todos los problemas, por lo que resulta necesario combinar sistemas de notificación, revisión de registros, indicadores, observación y análisis de experiencias (Goekcimen et al., 2023; Hibbert et al., 2023).

La gestión eficaz requiere integrar **identificación, análisis, priorización, prevención y evaluación**, considerando factores humanos, recursos profesionales, tecnologías, procesos y características del paciente. Además, la cultura organizacional condiciona la capacidad para reconocer riesgos y aprender de ellos (Vikan et al., 2023).

En consecuencia, gestionar riesgos no significa esperar a que ocurra un evento adverso para posteriormente buscar una causa. Significa desarrollar una capacidad institucional permanente para anticipar vulnerabilidades, establecer barreras razonables y evaluar continuamente su funcionamiento.

La transición desde una seguridad reactiva hacia una seguridad preventiva constituye precisamente uno de los principales indicadores de madurez de una organización sanitaria.

Número de palabras: aproximadamente 3.150.

4.4. Eventos adversos y prácticas seguras de atención

Los eventos adversos representan una de las manifestaciones más importantes del daño asociado con la atención sanitaria y constituyen una fuente fundamental para comprender las vulnerabilidades de los sistemas. Su análisis permite identificar qué tipos de daño ocurren, qué factores contribuyen a su aparición y qué prácticas pueden implementarse para disminuir la probabilidad de repetición.

Sin embargo, el estudio de los eventos adversos no debe limitarse a contabilizar daños ni a identificar al profesional que participó en la acción inmediatamente anterior. Una atención segura requiere comprender la secuencia completa del acontecimiento, responder adecuadamente a las consecuencias y convertir la información obtenida en aprendizaje organizacional.

La Organización Mundial de la Salud ha señalado que el daño relacionado con la atención continúa siendo frecuente y que una proporción significativa puede prevenirse mediante estrategias adecuadas de seguridad (World Health Organization [WHO], 2023). El *Global Patient Safety Report 2024* confirma, además, que continúan existiendo importantes diferencias entre países y organizaciones en la capacidad para detectar, analizar y prevenir estos acontecimientos (WHO, 2024).

En este contexto, el evento adverso debe comprenderse no solamente como un resultado negativo, sino también como una oportunidad para identificar fallas, fortalecer barreras y mejorar los procesos de atención.

Conceptualización, daño y preventabilidad

Un evento adverso puede comprenderse como un daño no intencionado relacionado con la atención sanitaria y no explicado exclusivamente por la evolución natural de la enfermedad.

Esta definición requiere distinguir diferentes situaciones.

Una complicación puede derivarse de la propia enfermedad o constituir un riesgo conocido de una intervención correctamente indicada y ejecutada. Su presencia no implica automáticamente un error.

De manera semejante, la existencia de un evento adverso no equivale necesariamente a negligencia.

Los daños pueden aparecer aun cuando los profesionales hayan actuado de manera razonable debido a riesgos inherentes, incertidumbre clínica o fallas sistémicas.

La preventabilidad constituye otra dimensión relevante. Un evento puede considerarse prevenible cuando existían acciones razonables que probablemente habrían evitado el daño.

Sin embargo, esta valoración debe realizarse con cautela.

Después de conocer el desenlace puede surgir un sesgo retrospectivo que hace parecer evidentes señales que durante la atención eran ambiguas. Por ello, el análisis debería reconstruir las circunstancias considerando la información disponible en ese momento.

La finalidad no es atribuir retrospectivamente una certeza inexistente, sino determinar qué oportunidades reales de prevención existían.

Magnitud y diversidad de los eventos adversos

Los eventos adversos no pertenecen a una sola categoría.

Bates et al. (2023), al analizar daños hospitalarios, identificaron entre las categorías relevantes acontecimientos relacionados con medicamentos, procedimientos, cuidados e infecciones asociadas con la atención.

Esta diversidad muestra que la seguridad requiere intervenciones distribuidas a lo largo de todo el recorrido asistencial.

Los eventos farmacológicos pueden surgir durante prescripción, administración o seguimiento. Los procedimientos invasivos pueden generar problemas de identificación, técnica o infección. Las actividades cotidianas del cuidado pueden relacionarse con caídas, lesiones por presión o deterioro no detectado.

Por tanto, las prácticas seguras deben construirse alrededor de los procesos donde existe riesgo y no concentrarse exclusivamente en áreas consideradas tradicionalmente de alta complejidad.

Eventos relacionados con medicamentos

Los medicamentos representan una de las categorías más frecuentes de acontecimientos relacionados con la seguridad.

Pueden aparecer errores de dosis, duplicaciones, interacciones, omisiones o reacciones adversas.

Es importante distinguir un error de medicación de una reacción adversa inevitable. Una persona puede experimentar una respuesta inesperada incluso cuando la prescripción y administración fueron correctas.

Haerdtlein et al. (2023) encontraron que los acontecimientos relacionados con medicamentos continúan representando una causa importante de consultas de emergencia y hospitalización.

Las prácticas seguras incluyen conciliación farmacológica, revisión de interacciones, identificación correcta, educación y seguimiento.

En medicamentos de alto riesgo pueden necesitarse barreras adicionales.

No obstante, estas barreras deben ejecutarse de manera real. Una doble verificación pierde valor cuando consiste únicamente en obtener una segunda firma sin comprobar efectivamente la información.

Eventos procedimentales y quirúrgicos

Los procedimientos invasivos requieren medidas destinadas a asegurar que la intervención correcta se realiza a la persona correcta y bajo las condiciones previstas.

La identificación del paciente, sitio, procedimiento, alergias y disponibilidad de recursos críticos representan componentes esenciales.

Las listas de verificación pueden contribuir a reducir omisiones cuando se utilizan como instrumentos de comunicación y confirmación.

El problema aparece cuando el formulario se convierte en una actividad automática.

Una lista completada administrativamente puede producir una falsa sensación de seguridad.

La práctica segura exige que la verificación represente una verdadera pausa durante la cual el equipo pueda confirmar y corregir información.

Eventos relacionados con el cuidado

Las caídas, lesiones por presión, complicaciones relacionadas con dispositivos y retrasos en el reconocimiento del deterioro constituyen ejemplos de acontecimientos donde la continuidad del cuidado posee una importancia especial.

Bates et al. (2023) incluyeron diferentes eventos relacionados con cuidados entre las categorías de daño observadas en pacientes hospitalizados.

La prevención requiere evitar atribuciones simplistas.

Una caída puede relacionarse con medicamentos, debilidad, condiciones del entorno y disponibilidad de apoyo. Una lesión por presión puede estar influida por movilidad, nutrición, perfusión y carga asistencial.

Por ello, las prácticas seguras necesitan integrar valoración individual y condiciones organizacionales.

La evidencia sobre dotación profesional refuerza esta perspectiva al mostrar que los niveles de personal pueden relacionarse con diferentes resultados asistenciales (Drennan et al., 2024).

Infecciones asociadas con la atención

Las infecciones pueden aumentar la duración de la hospitalización, necesidad de tratamientos y riesgo de complicaciones.

Las prácticas seguras incluyen higiene de manos, utilización adecuada de dispositivos, técnicas asépticas, vigilancia y aplicación proporcional de medidas de aislamiento.

La prevención exige consistencia.

Sin embargo, esta consistencia depende tanto del comportamiento como de la infraestructura.

Las organizaciones deben proporcionar insumos accesibles, políticas claras y mecanismos de seguimiento.

Una cultura que responsabiliza exclusivamente al profesional mientras mantiene condiciones deficientes posee una capacidad limitada para prevenir infecciones de manera sostenible.

Seguridad diagnóstica

Los eventos relacionados con el diagnóstico pueden originarse por interpretaciones incorrectas, retrasos, resultados no revisados o ausencia de reevaluación.

Newman-Toker et al. (2022) han mostrado la relevancia del daño relacionado con errores diagnósticos en determinados contextos de atención de emergencia.

La prevención necesita comprender el diagnóstico como un proceso dinámico.

Una hipótesis inicial puede ser razonable y posteriormente necesitar modificación.

La seguridad aumenta cuando existen mecanismos para revisar resultados pendientes, reevaluar a pacientes que no evolucionan como se esperaba y comunicar claramente cuándo debe solicitarse nuevamente atención.

Reconocer incertidumbre no representa debilidad profesional. Constituye una estrategia que permite mantener abierta la posibilidad de revisar la decisión.

Eventos durante transiciones asistenciales

El alta, los cambios de turno y los traslados entre servicios constituyen momentos donde existe una elevada posibilidad de pérdida de información.

Los medicamentos pueden modificarse, existir resultados pendientes o cambiar las responsabilidades de seguimiento.

Las prácticas seguras necesitan incluir mecanismos estructurados de transferencia y conciliación.

La información debe llegar a los profesionales que continuarán el cuidado y también al paciente.

Entregar un documento no garantiza comprensión.

La persona necesita saber qué cambió, qué acciones debe realizar y ante qué señales debe solicitar atención.

La seguridad de la transición combina precisión informativa, coordinación y participación.

Detección de eventos adversos

La identificación de eventos constituye una dificultad metodológica importante porque ningún sistema los detecta todos.

Hibbert et al. (2023) encontraron diferencias significativas entre los acontecimientos identificados mediante sistemas de notificación y aquellos detectados mediante revisión estructurada de historias clínicas.

Este hallazgo confirma que un número bajo de reportes no debe interpretarse automáticamente como indicador de alta seguridad.

Los métodos poseen fortalezas y limitaciones diferentes.

La notificación voluntaria puede aportar información contextual rica sobre cómo ocurrió un problema. La revisión de historias puede identificar acontecimientos que nunca fueron reportados. Los indicadores permiten observar tendencias.

Una organización madura combina diferentes fuentes para construir una visión más aproximada de la realidad.

Del reporte hacia el aprendizaje

La notificación solamente posee valor cuando conduce a análisis y mejora.

Goekcimen et al. (2023) muestran que los sistemas de reporte pueden contribuir a identificar peligros y orientar intervenciones cuando se integran dentro de procesos de aprendizaje.

Esto significa que el número de incidentes reportados no debería constituir por sí mismo el principal indicador de éxito.

La organización necesita determinar qué aprendió de ellos y qué cambios implementó.

La retroalimentación a los profesionales también es importante.

Cuando los trabajadores reportan repetidamente situaciones y nunca reciben información sobre acciones adoptadas, pueden concluir que el proceso carece de utilidad.

El aprendizaje requiere cerrar el ciclo.

Prácticas seguras basadas en evidencia

Las prácticas seguras corresponden a intervenciones destinadas a prevenir o disminuir daños relacionados con la atención.

Su selección debería fundamentarse en evidencia, relevancia del riesgo y posibilidad real de implementación.

No toda intervención que parece intuitivamente útil produce necesariamente resultados favorables.

Las organizaciones deben analizar el grado de respaldo científico y las condiciones necesarias para aplicar cada práctica.

Las principales estrategias pueden incluir estandarización de procesos críticos, conciliación farmacológica, identificación correcta, listas de verificación, vigilancia, comunicación estructurada y participación del paciente.

Sin embargo, ninguna de ellas puede considerarse efectiva independientemente de su implementación.

Una práctica segura necesita convertirse en una conducta real y no únicamente en un documento institucional.

Estandarización de procesos críticos

Determinadas actividades se benefician de una mayor estandarización porque pequeños errores pueden producir consecuencias relevantes.

La identificación del paciente y la administración de medicamentos son ejemplos claros.

La estandarización disminuye la dependencia de la memoria y establece barreras comunes.

Sin embargo, los procedimientos deben mantenerse suficientemente simples.

Un protocolo excesivamente complejo puede aumentar carga y generar nuevas omisiones.

La seguridad necesita diseñar sistemas utilizables.

La finalidad no consiste en aumentar el número de pasos, sino en asegurar que los pasos realmente críticos se realicen de forma consistente.

Conciliación de medicamentos

La conciliación permite comparar de manera sistemática qué medicamentos utilizaba la persona y cuáles debe continuar, modificar o suspender después de una transición.

Su relevancia aumenta en personas con polifarmacia.

Las discrepancias pueden producirse cuando distintos servicios mantienen registros diferentes o cuando el paciente ha realizado cambios no documentados.

Una conciliación adecuada combina verificación de información y comunicación.

No basta con actualizar el sistema.

La persona necesita comprender qué medicamentos debe utilizar después del cambio.

Este proceso ilustra cómo las prácticas seguras integran componentes técnicos y relacionales.

Comunicación estructurada

Las herramientas estructuradas pueden ayudar a disminuir omisiones durante transferencias.

Su ventaja consiste en recordar los componentes esenciales que necesitan ser comunicados.

Sin embargo, no deberían transformarse en guiones rígidos.

El profesional debe incorporar información adicional cuando las características del paciente lo requieren.

La seguridad aumenta cuando la estructura funciona como apoyo cognitivo y no como sustituto del razonamiento.

Barreras múltiples de seguridad

Una práctica robusta intenta evitar depender de una única defensa.

En la administración de un medicamento pueden existir diferentes barreras: prescripción electrónica, revisión farmacéutica, identificación del paciente y comprobaciones durante la administración.

Cuando una falla supera una barrera, otra puede detectarla.

Sin embargo, añadir controles indiscriminadamente también puede generar complejidad y fatiga.

La seguridad necesita diseñar barreras con propósito claro.

Cada verificación debería responder a un riesgo importante y demostrar un valor razonable dentro del proceso.

Participación de pacientes y familias

Los pacientes pueden detectar discrepancias o proporcionar información que no figura adecuadamente en los registros.

La OMS continúa promoviendo su participación como componente de las estrategias internacionales de seguridad (WHO, 2024).

La participación depende de que las personas se sientan autorizadas para preguntar.

Si una organización interpreta las dudas como cuestionamientos inapropiados, puede perder una fuente adicional de información.

Sin embargo, esta participación no debe convertirse en una forma de transferir responsabilidades.

El sistema continúa siendo responsable de desarrollar procesos seguros.

El paciente añade conocimiento; no sustituye las obligaciones profesionales.

Respuesta después de un evento adverso

Cuando se produce un daño, la primera prioridad consiste en atender las necesidades clínicas de la persona y disminuir las consecuencias.

Posteriormente resulta necesario analizar el acontecimiento y comunicar información de manera adecuada.

El evento puede generar consecuencias físicas, emocionales, económicas y sociales.

La respuesta institucional no debería concentrarse exclusivamente en corregir el problema técnico.

La persona y su familia pueden necesitar explicación, continuidad y apoyo.

La transparencia constituye un componente importante.

Debe comunicarse aquello que se conoce y diferenciarlo de aquello que todavía está siendo investigado.

Ocultar información puede añadir un nuevo daño relacionado con pérdida de confianza.

Impacto en profesionales y equipos

Los profesionales implicados en acontecimientos graves pueden experimentar culpa, ansiedad, pérdida de confianza o temor.

Reconocer este impacto no disminuye el lugar central del paciente que sufrió el daño.

Permite abordar otra consecuencia del evento dentro del sistema.

El apoyo puede ayudar a los trabajadores a procesar la experiencia y participar posteriormente en el aprendizaje.

Los entornos exclusivamente punitivos pueden aumentar el impacto emocional y disminuir la disposición para reportar.

La respuesta debe mantener simultáneamente responsabilidad y apoyo proporcional.

Del caso individual al aprendizaje sistémico

El análisis de un evento alcanza su verdadero valor cuando permite mejorar la atención de pacientes futuros.

Una falla puede parecer inicialmente limitada a un caso y revelar posteriormente un problema presente en diferentes unidades.

Por ello, los aprendizajes relevantes deben compartirse.

Las acciones correctivas también necesitan ser suficientemente fuertes.

Recordar nuevamente a los profesionales que cumplan una norma puede tener un impacto menor que modificar un proceso que favorecía repetidamente la equivocación.

La prevención debe priorizar intervenciones capaces de alterar las condiciones que producen el riesgo.

Evaluación de las prácticas seguras

La introducción de una práctica no constituye el final del proceso.

Las organizaciones necesitan comprobar si disminuyó el daño y si la intervención continúa utilizándose correctamente.

Una lista de verificación puede mostrar un cumplimiento documental cercano al cien por ciento sin modificar resultados si se completa mecánicamente.

Este ejemplo demuestra por qué los indicadores de proceso y resultados deben analizarse conjuntamente.

También deben observarse posibles efectos no deseados.

Una intervención puede reducir un tipo de evento y aumentar carga de trabajo o generar otro riesgo.

La evaluación continua permite realizar ajustes.

Equidad y seguridad

Los eventos adversos pueden distribuirse de forma desigual.

Las barreras lingüísticas, territoriales o relacionadas con alfabetización en salud pueden aumentar determinadas vulnerabilidades.

La seguridad necesita analizar estas diferencias.

Un resultado promedio favorable puede ocultar problemas concentrados en poblaciones específicas.

Por ello, cuando los datos lo permiten, resulta útil analizar si existen grupos con mayor exposición al daño y determinar qué barreras podrían explicarlo.

La seguridad equitativa implica que las prácticas preventivas sean accesibles y comprensibles para diferentes poblaciones.

Tecnología y detección automatizada

Las herramientas digitales permiten analizar grandes cantidades de información y generar alertas destinadas a reconocer acontecimientos potenciales.

Deimazar et al. (2023) documentan la creciente utilización de aprendizaje automático para detectar o predecir eventos relacionados con seguridad a partir de registros electrónicos.

Estas herramientas pueden complementar los métodos tradicionales de vigilancia.

Sin embargo, también pueden producir falsos positivos, alertas excesivas o errores de clasificación.

La automatización debe evaluarse en condiciones reales y mantenerse bajo supervisión profesional.

Una tecnología destinada a aumentar seguridad necesita demostrar que efectivamente disminuye riesgo y no solamente que posee buen rendimiento computacional.

Síntesis integradora

Los eventos adversos constituyen daños relacionados con la atención sanitaria y representan simultáneamente resultados negativos y fuentes potenciales de aprendizaje. Su aparición no implica automáticamente negligencia, pero exige analizar su relación con la atención, su posible preventabilidad y los factores que contribuyeron.

La evidencia contemporánea confirma que estos acontecimientos aparecen en múltiples áreas, especialmente medicamentos, procedimientos, cuidados e infecciones, y que una proporción importante del daño continúa siendo susceptible de prevención (Bates et al., 2023; WHO, 2023).

La detección necesita utilizar fuentes complementarias porque los sistemas de reporte voluntario no identifican la totalidad de los eventos (Hibbert et al., 2023). Posteriormente, la información debe transformarse en aprendizaje y acciones preventivas, dado que el reporte por sí solo no modifica los procesos (Goekcimen et al., 2023).

Las prácticas seguras requieren **estandarización de procesos críticos, comunicación efectiva, conciliación farmacológica, participación del paciente, vigilancia y múltiples barreras frente a errores previsibles**. Sin embargo, su efectividad depende de una implementación real y de una evaluación continua.

La respuesta posterior al evento debe atender el daño, comunicar con transparencia y utilizar lo ocurrido para fortalecer procesos. El objetivo no consiste únicamente en determinar qué falló en un caso individual, sino en identificar cómo impedir que una vulnerabilidad semejante afecte a otras personas.

En consecuencia, una organización segura es aquella capaz de **detectar los eventos, comprenderlos desde una perspectiva sistémica, responder adecuadamente al daño, implementar prácticas preventivas y comprobar posteriormente si esas medidas disminuyen realmente la posibilidad de repetición**.

De esta forma, los eventos adversos dejan de ser únicamente indicadores de fracaso y se convierten en fuentes de conocimiento para construir sistemas progresivamente más seguros.

4.5. Indicadores para evaluar la calidad del cuidado

La evaluación de la calidad del cuidado constituye un componente fundamental de los sistemas sanitarios porque permite determinar en qué medida las intervenciones desarrolladas responden a estándares científicos, producen resultados clínicamente relevantes, previenen daños y satisfacen las necesidades de las personas. La calidad no puede establecerse exclusivamente mediante percepciones generales, disponibilidad de recursos o cumplimiento administrativo de procedimientos; requiere información sistemática capaz de mostrar cómo funcionan los servicios y qué resultados generan.

Los indicadores de calidad son medidas cuantitativas o cualitativas que permiten representar aspectos relevantes de la estructura, los procesos y los resultados asistenciales. Su finalidad no consiste simplemente en producir estadísticas, sino en proporcionar información útil para la toma de decisiones, la identificación de problemas y el desarrollo de estrategias de mejora.

Desde una perspectiva contemporánea, la evaluación debe corresponder con el carácter multidimensional de la calidad. La Organización Mundial de la Salud señala que los servicios sanitarios de calidad deben ser efectivos, seguros, centrados en las personas, oportunos, equitativos, integrados y eficientes (World Health Organization [WHO], 2025a). En consecuencia, ningún indicador aislado puede proporcionar una representación completa de la calidad.

Una tasa de mortalidad, por ejemplo, puede ofrecer información importante sobre determinados resultados y, al mismo tiempo, no revelar problemas relacionados con comunicación, continuidad, experiencia, accesibilidad o seguridad. De manera semejante, una institución puede obtener excelentes puntuaciones de satisfacción y presentar deficiencias en la utilización de prácticas basadas en evidencia. La evaluación requiere, por tanto, integrar diferentes medidas e interpretarlas dentro de su contexto.

Estructura, procesos y resultados como dimensiones de medición

Una de las aproximaciones fundamentales para evaluar calidad consiste en diferenciar indicadores de estructura, proceso y resultado. Esta organización permite observar las condiciones en las que ocurre la atención, las actividades desarrolladas y sus consecuencias.

Los **indicadores de estructura** valoran los recursos y condiciones disponibles para proporcionar cuidado. Pueden incluir dotación de profesionales, disponibilidad de medicamentos, infraestructura, equipamiento, sistemas de información, accesibilidad física y existencia de mecanismos de seguridad.

Su relevancia radica en que determinados procesos difícilmente pueden desarrollarse de forma apropiada cuando faltan recursos esenciales. Sin embargo, disponer de una estructura adecuada no garantiza por sí mismo calidad. Una institución puede contar con equipamiento sofisticado y mantener procedimientos fragmentados o una utilización inadecuada de sus recursos.

Los **indicadores de proceso** evalúan aquello que efectivamente se realiza durante la atención. Pueden analizar cumplimiento de procedimientos clínicos, valoración de riesgos, conciliación de medicamentos, administración oportuna de tratamientos, educación sanitaria o seguimiento.

Estos indicadores poseen una ventaja importante: muchos procesos pueden modificarse directamente mediante intervenciones de mejora. Sin embargo, su interpretación debe evitar una visión burocrática. Registrar que una acción fue realizada no equivale necesariamente a haberla ejecutado correctamente.

Finalmente, los **indicadores de resultado** permiten analizar las consecuencias del cuidado. Mortalidad, complicaciones, infecciones, reingresos, funcionalidad, control de síntomas, calidad de vida y experiencia del paciente constituyen ejemplos.

Las tres dimensiones deben analizarse conjuntamente. Una estructura insuficiente puede comprometer procesos, mientras que procesos deficientes pueden producir resultados desfavorables. Al mismo tiempo, los resultados pueden revelar problemas que no habían sido identificados mediante indicadores estructurales o procedimentales.

Características de un indicador útil

Un indicador de calidad necesita poseer suficiente relevancia clínica y metodológica para representar aquello que pretende medir. La disponibilidad de un dato no significa automáticamente que deba convertirse en indicador.

La **validez** se relaciona con la capacidad de la medida para representar adecuadamente el fenómeno de interés. La **confiabilidad** implica obtener resultados suficientemente consistentes cuando la medición se desarrolla bajo condiciones comparables. La **sensibilidad al cambio** permite detectar variaciones clínicamente o institucionalmente importantes.

También resulta fundamental la factibilidad. La recopilación de información requiere tiempo, tecnología y recursos humanos. Por ello, una organización necesita analizar si el esfuerzo necesario para producir un indicador se encuentra justificado por su utilidad.

Otro criterio importante es la capacidad de orientar decisiones. Un indicador debería contribuir a identificar un problema sobre el cual puedan desarrollarse acciones. La medición pierde gran parte de su utilidad cuando se acumulan cifras que nunca son interpretadas ni relacionadas con procesos de mejora.

La claridad también es relevante. Profesionales y responsables institucionales deberían comprender qué representa el indicador, cómo se calcula y cuáles son sus limitaciones.

Indicadores sensibles al cuidado de enfermería

Dentro de la evaluación sanitaria existen indicadores particularmente relacionados con procesos donde la práctica de enfermería ejerce una influencia significativa. Las caídas, lesiones por presión, determinadas complicaciones relacionadas con dispositivos, valoración del dolor, educación sanitaria y algunos aspectos de la seguridad farmacológica pueden considerarse dentro de este grupo.

Sin embargo, la expresión "sensible al cuidado de enfermería" no significa que el resultado dependa exclusivamente de esta profesión.

Una lesión por presión puede encontrarse relacionada con movilidad, nutrición, perfusión, disponibilidad de dispositivos adecuados, carga de trabajo y múltiples factores clínicos. Una caída también puede depender de medicación, estado neurológico y condiciones ambientales.

La interpretación de estos indicadores necesita evitar atribuciones simplistas. Su finalidad consiste en reconocer ámbitos donde la calidad del cuidado de enfermería posee una influencia relevante y donde pueden desarrollarse intervenciones de mejora.

Las competencias profesionales y las condiciones organizacionales también deben incorporarse al análisis. Ylimäki et al. (2024) han destacado la importancia de las competencias para promover atención basada en evidencia en enfermería avanzada, mientras

que Drennan et al. (2024) muestran que la disponibilidad de personal puede relacionarse con determinados resultados asistenciales.

Por ello, los indicadores deben interpretarse dentro del sistema en el que se produce el cuidado.

Indicadores de seguridad del paciente

Los indicadores de seguridad permiten analizar acontecimientos asociados con daño potencial o efectivo. Pueden incluir infecciones relacionadas con la atención, caídas con lesión, eventos farmacológicos, errores de identificación o complicaciones asociadas con determinados procedimientos.

Sin embargo, su interpretación presenta dificultades particulares.

Una institución con mayor número de incidentes reportados no necesariamente posee peor seguridad. Una cultura abierta puede producir un mayor volumen de notificaciones porque los profesionales tienen mayor disposición para comunicar problemas.

Hibbert et al. (2023) encontraron diferencias importantes entre eventos detectados mediante sistemas voluntarios de notificación y aquellos identificados mediante revisión estructurada de historias clínicas, mostrando que ningún método permite identificar por sí solo la totalidad del daño.

Por esta razón, la seguridad debería evaluarse mediante fuentes complementarias. Las tasas de eventos pueden combinarse con indicadores de procesos preventivos, información de historias clínicas, auditorías y mediciones de cultura de seguridad.

El objetivo no consiste únicamente en conocer cuánto daño ocurrió, sino también en determinar qué capacidad posee la organización para reconocer riesgos y aprender de ellos.

Indicadores de efectividad clínica

Los indicadores de efectividad permiten determinar si las intervenciones consiguen resultados coherentes con sus objetivos.

Su selección debe depender del contexto.

En algunas situaciones puede ser prioritario analizar mortalidad; en otras, control del dolor, funcionalidad o disminución de síntomas. Una medida relevante en cuidados intensivos puede ser poco informativa en atención primaria.

También resulta necesario considerar el riesgo basal de los pacientes.

Comparar directamente resultados de instituciones que atienden poblaciones muy diferentes puede producir conclusiones incorrectas. Los servicios con pacientes de mayor complejidad pueden presentar resultados aparentemente desfavorables sin que ello signifique necesariamente menor calidad.

Los métodos de ajuste por riesgo intentan reducir estas diferencias, aunque ningún procedimiento estadístico elimina completamente la influencia de las características poblacionales.

Por ello, los indicadores comparativos requieren una interpretación prudente.

Experiencia y resultados reportados por pacientes

La calidad contemporánea incorpora progresivamente medidas proporcionadas directamente por las personas atendidas.

Las medidas de experiencia reportada por pacientes permiten conocer cómo se desarrolló la atención desde su perspectiva. Pueden explorar comunicación, participación, privacidad, coordinación, accesibilidad y trato recibido.

Los resultados reportados por pacientes permiten valorar dimensiones como dolor, funcionalidad, fatiga, bienestar o calidad de vida.

Estas medidas responden a preguntas diferentes.

La experiencia permite conocer cómo ocurrió el cuidado, mientras que los resultados reportados permiten observar determinadas consecuencias desde la perspectiva de la persona.

Una mejora en un marcador clínico no garantiza necesariamente una mejora equivalente en funcionalidad o calidad de vida. De manera semejante, una experiencia favorable no garantiza por sí misma efectividad clínica.

Por ello, ambas perspectivas deben complementar y no sustituir los indicadores biomédicos.

Indicadores de oportunidad, integración y continuidad

La oportunidad constituye una dimensión de calidad cuando los retrasos pueden modificar los resultados.

El tiempo transcurrido hasta valoración, diagnóstico, intervención o seguimiento puede convertirse en un indicador relevante.

Sin embargo, la rapidez no debe interpretarse automáticamente como calidad. Un proceso excesivamente acelerado puede comprometer una valoración adecuada.

El indicador debe representar tiempos clínicamente razonables.

La continuidad puede evaluarse mediante seguimiento después del alta, coordinación entre diferentes niveles, discrepancias de información, repetición innecesaria de pruebas o reingresos potencialmente evitables.

Estas medidas adquieren especial importancia en personas con enfermedades crónicas o multimorbilidad.

La fragmentación puede producir resultados adversos aun cuando cada intervención individual haya sido técnicamente correcta. Por ello, evaluar conexiones entre servicios representa una dimensión necesaria de la calidad.

Medición de la equidad

Los promedios institucionales pueden ocultar desigualdades importantes.

Una organización puede presentar tiempos de atención adecuados en términos generales y mostrar demoras mucho mayores en determinados territorios o grupos.

La OMS ha señalado que las condiciones sociales continúan influyendo considerablemente sobre resultados y oportunidades de acceso a servicios sanitarios (WHO, 2025b).

Por ello, cuando los datos y las consideraciones éticas lo permiten, puede resultar necesario analizar los indicadores según variables relevantes para identificar inequidades.

El propósito no consiste en producir fragmentaciones estadísticas innecesarias, sino en detectar desigualdades evitables que requieren intervención.

De esta forma, la equidad se transforma desde un principio general hacia una dimensión medible de la calidad.

Indicadores de eficiencia y valor

La eficiencia analiza la relación entre los recursos utilizados y los resultados obtenidos.

Sin embargo, no debe confundirse con la simple disminución del gasto.

Una intervención de menor costo puede resultar ineficiente cuando aumenta posteriormente complicaciones, hospitalizaciones o necesidad de nuevas pruebas.

Las pruebas duplicadas, procedimientos de escaso beneficio y trámites redundantes pueden representar formas de desperdicio.

La evaluación debe analizar si los recursos utilizados generan un valor clínico proporcional.

Este enfoque conecta eficiencia con la desimplementación de prácticas de bajo valor desarrollada previamente.

La calidad exige incorporar aquello que produce beneficio y también abandonar aquello que consume recursos sin aportar resultados suficientes.

Indicadores de bienestar y condiciones profesionales

El desempeño del sistema también puede verse influido por las condiciones de quienes proporcionan atención.

Hodkinson et al. (2022) identificaron asociaciones entre agotamiento médico y diferentes dimensiones de calidad y seguridad, mientras que Li et al. (2024) encontraron relaciones semejantes entre agotamiento en enfermería y resultados asistenciales.

Esto no significa que el bienestar profesional deba sustituir los indicadores centrados en pacientes. Constituye una dimensión complementaria capaz de mostrar condiciones organizacionales que pueden afectar sostenibilidad y calidad.

La evaluación institucional puede considerar rotación, ausentismo, percepción de carga o bienestar laboral cuando estos datos poseen una finalidad claramente definida.

La calidad difícilmente puede mantenerse cuando el sistema depende permanentemente de esfuerzos extraordinarios.

Tableros de calidad y análisis de tendencias

Los sistemas digitales permiten reunir múltiples indicadores dentro de tableros institucionales.

Su principal ventaja consiste en facilitar seguimiento y permitir identificar cambios con mayor rapidez.

Sin embargo, incluir demasiadas métricas puede generar saturación informativa.

Un tablero efectivo necesita priorizar indicadores relacionados con los objetivos asistenciales de la organización.

También debe permitir analizar tendencias.

Una medición aislada posee menor valor que una serie temporal capaz de mostrar si un problema aumenta, disminuye o permanece estable.

La interpretación temporal ayuda además a evitar conclusiones basadas en variaciones aleatorias.

Los datos necesitan acompañarse de contexto y no convertirse únicamente en semáforos de desempeño.

Indicadores, auditoría y retroalimentación

La auditoría puede comparar la práctica real con estándares previamente establecidos.

Cuando se identifican diferencias, la retroalimentación permite discutirlas con los equipos.

El proceso adquiere mayor valor cuando se orienta hacia aprendizaje.

Una baja adherencia a una práctica puede deberse a desconocimiento, dificultades operativas, recursos insuficientes o una adaptación clínicamente justificada.

Por ello, los resultados no deberían utilizarse automáticamente como evidencia de incumplimiento profesional.

La información debe ayudar a comprender qué ocurre y qué intervención puede resultar más apropiada.

Evitar el uso burocrático de indicadores

Uno de los riesgos de los sistemas de calidad consiste en convertir la medición en un fin.

Cuando los profesionales trabajan fundamentalmente para "cumplir el indicador", pueden aparecer comportamientos que mejoran la documentación sin modificar realmente el cuidado.

Este fenómeno puede producir una apariencia de calidad.

La prevención requiere mantener una relación clara entre la medida y su propósito.

Los indicadores deben responder preguntas relacionadas con resultados, seguridad y experiencia.

La organización debería revisar periódicamente si continúa siendo útil recopilar cada dato.

Medir aquello que ya no aporta información consume recursos que podrían utilizarse en actividades de mayor valor.

Indicadores como instrumentos de aprendizaje

La medición adquiere verdadero sentido cuando la información conduce a decisiones.

Un resultado desfavorable debería generar análisis; el análisis debería orientar una intervención; y la intervención debería ser posteriormente evaluada.

Los indicadores forman así parte de un ciclo de mejora.

Este enfoque permite superar una cultura basada exclusivamente en comparación o control.

El dato deja de ser únicamente una calificación institucional y se convierte en una fuente de preguntas.

La calidad se fortalece cuando los equipos conocen sus resultados, comprenden sus limitaciones y participan en la identificación de soluciones.

Síntesis integradora

Los indicadores constituyen instrumentos esenciales para evaluar la calidad del cuidado, pero ninguna medida aislada puede representar por completo el funcionamiento de un servicio sanitario. La evaluación necesita combinar indicadores de estructura, proceso y resultado e incorporar dimensiones relacionadas con seguridad, efectividad, experiencia, continuidad, oportunidad, eficiencia y equidad.

Los indicadores deben poseer suficiente validez, confiabilidad, relevancia y factibilidad, pero además necesitan ser interpretables y capaces de orientar acciones. La disponibilidad tecnológica para generar grandes cantidades de datos no reemplaza la necesidad de seleccionar aquello que realmente posee significado clínico.

Los métodos de medición deben también reconocer sus limitaciones. La evidencia sobre detección de eventos demuestra, por ejemplo, que diferentes fuentes producen imágenes distintas de la seguridad (Hibbert et al., 2023), mientras que las condiciones profesionales pueden influir sobre determinados resultados y necesitan considerarse dentro del análisis organizacional (Hodkinson et al., 2022; Li et al., 2024).

En consecuencia, evaluar la calidad significa **medir aquello que importa, interpretar los resultados dentro de su contexto y convertir la información obtenida en decisiones capaces de mejorar el cuidado**.

La calidad no aumenta por disponer de más indicadores, sino por desarrollar la capacidad institucional para utilizar los datos como herramientas de conocimiento, aprendizaje y transformación.

Número de palabras: aproximadamente 3.050.

4.6. Continuidad asistencial y trabajo interdisciplinario

La continuidad asistencial constituye una dimensión fundamental de la calidad porque las necesidades de salud rara vez se resuelven mediante una única interacción profesional. Los pacientes transitan entre consultas, unidades, instituciones y niveles asistenciales, por lo que la calidad depende no solamente de aquello que ocurre dentro de cada encuentro, sino de la capacidad para conectar esas intervenciones de manera coherente a lo largo del tiempo.

Este desafío adquiere particular relevancia ante enfermedades crónicas, multimorbilidad, envejecimiento y necesidades complejas. Una misma persona puede requerir atención médica, enfermería, farmacia, rehabilitación, nutrición, psicología y apoyo social. Cuando estas intervenciones funcionan de manera aislada, pueden aparecer duplicaciones, contradicciones, pérdida de información y cargas innecesarias para pacientes y familias.

La Organización Mundial de la Salud considera la integración y coordinación elementos esenciales de los servicios centrados en las personas y plantea la necesidad de organizar la atención alrededor de las necesidades de individuos y comunidades en lugar de mantener sistemas fragmentados (World Health Organization [WHO], 2024).

La continuidad y el trabajo interdisciplinario deben comprenderse, por tanto, como componentes complementarios: la primera proporciona coherencia longitudinal al cuidado y el segundo facilita la integración de conocimientos y responsabilidades necesarias para mantenerla.

Dimensiones de la continuidad asistencial

La continuidad no significa necesariamente que una persona deba ser atendida siempre por el mismo profesional. En sistemas complejos esto puede resultar difícil o innecesario. Lo fundamental consiste en que los diferentes encuentros formen parte de una trayectoria coherente.

Tradicionalmente, la continuidad se ha analizado mediante dimensiones **informacionales, de gestión y relacionales**. Aunque esta conceptualización posee antecedentes anteriores a los últimos cinco años, continúa siendo útil para comprender el fenómeno y se mantiene incorporada en modelos actuales de atención integrada.

La continuidad informacional implica que los datos clínicamente relevantes se encuentren disponibles para quienes los necesitan y que la información generada en un punto asistencial pueda acompañar razonablemente al paciente durante su trayectoria.

La continuidad de gestión se relaciona con la coherencia entre planes, recomendaciones y responsabilidades. Diferentes profesionales pueden participar sin generar fragmentación cuando sus intervenciones forman parte de objetivos compatibles.

La continuidad relacional considera la importancia de mantener vínculos terapéuticos suficientemente estables para favorecer conocimiento, confianza y comprensión de necesidades individuales.

Estas dimensiones no funcionan independientemente. La relación profesional puede fortalecerse mediante información adecuada, mientras que una excelente historia clínica no garantiza continuidad cuando los diferentes servicios adoptan planes contradictorios.

Fragmentación como problema de calidad y seguridad

La fragmentación aparece cuando diferentes componentes del sistema funcionan con una coordinación insuficiente.

Una persona puede recibir intervenciones científicamente apropiadas en cada servicio y experimentar, simultáneamente, una trayectoria global de baja calidad.

Por ejemplo, un especialista puede modificar un medicamento sin que el cambio sea conocido oportunamente por otros profesionales. Cada acción individual puede resultar razonable y el conjunto producir una discrepancia peligrosa.

La fragmentación puede generar repetición de pruebas, polifarmacia, indicaciones contradictorias, retrasos, reingresos y experiencias negativas.

Por esta razón, la calidad no debería evaluarse solamente dentro de consultas individuales.

La continuidad exige analizar las conexiones.

Las estrategias integradas y centradas en las personas promovidas por la OMS buscan precisamente disminuir la separación entre niveles, profesiones y servicios (WHO, 2024).

Continuidad informacional e interoperabilidad

La información constituye uno de los principales recursos para mantener continuidad.

Los registros clínicos electrónicos pueden facilitar acceso a antecedentes, diagnósticos, resultados y planes. Sin embargo, digitalización no equivale automáticamente a continuidad.

Cuando diferentes instituciones utilizan sistemas incompatibles, la información puede permanecer fragmentada.

La interoperabilidad constituye, por ello, una condición importante.

Además, no basta con disponer de información. Debe ser actualizada, comprensible y suficientemente fácil de localizar.

Una historia clínica extensa y desorganizada puede ocultar datos críticos.

La información también necesita incorporar responsabilidades relacionadas con resultados pendientes.

Una prueba correctamente realizada puede perder valor cuando no existe claridad acerca de quién revisará posteriormente el resultado.

La continuidad informacional requiere tanto tecnología como diseño organizacional.

Transiciones asistenciales

Las transiciones constituyen momentos especialmente vulnerables porque implican transferencias de información y responsabilidades.

El alta hospitalaria es uno de los ejemplos más importantes. Durante este momento pueden modificarse medicamentos, establecerse nuevas recomendaciones y programarse seguimientos.

Una transición segura necesita comunicar estos cambios y comprobar que los diferentes actores conocen sus responsabilidades.

La continuidad tampoco termina cuando la persona abandona la institución.

El siguiente nivel necesita disponer de información suficiente para continuar el plan.

La participación del paciente y la familia puede mejorar comprensión, pero no debe utilizarse como sustituto de mecanismos profesionales de coordinación.

La persona no debería convertirse en el principal mensajero entre instituciones.

Trabajo interdisciplinario como mecanismo de integración

La complejidad contemporánea exige la participación de múltiples disciplinas, pero la presencia de varios profesionales no garantiza trabajo interdisciplinario.

Un equipo multidisciplinario puede funcionar mediante intervenciones paralelas. Un equipo verdaderamente interdisciplinario intenta integrar esas perspectivas alrededor de objetivos compartidos.

Cada profesión aporta conocimientos específicos.

La enfermería puede proporcionar información derivada de la vigilancia continua; farmacia puede identificar interacciones; rehabilitación puede valorar funcionalidad; psicología puede analizar necesidades emocionales y medicina puede integrar diagnóstico y alternativas terapéuticas.

La colaboración adquiere valor cuando estos conocimientos modifican conjuntamente el plan.

Wang et al. (2024) identificaron la colaboración interdisciplinaria entre los factores capaces de facilitar o dificultar actividades relevantes del cuidado de enfermería, como la educación al paciente, mostrando que los resultados de una disciplina también dependen de la calidad de sus relaciones con otras.

Objetivos compartidos y claridad de responsabilidades

La interdisciplinariedad necesita objetivos comunes.

Cuando cada profesional actúa exclusivamente desde los objetivos de su especialidad, el paciente puede recibir recomendaciones difíciles de conciliar.

La multimorbilidad representa un ejemplo claro. Aplicar independientemente todas las recomendaciones de diferentes guías puede generar una carga terapéutica excesiva.

El equipo necesita priorizar.

La claridad de responsabilidades también es indispensable.

La coordinación debería permitir conocer quién debe realizar cada acción, cuándo debe completarla y cómo se verificará.

Las omisiones pueden producirse cuando diferentes profesionales asumen que otro integrante realizará la tarea.

La definición explícita de responsabilidades constituye, por tanto, una intervención de calidad y seguridad.

Comunicación interdisciplinaria y seguridad psicológica

La comunicación permite transformar conocimientos individuales en decisiones colectivas.

Las herramientas estructuradas pueden contribuir a disminuir omisiones durante transferencias o situaciones críticas. Sin embargo, no sustituyen la capacidad para deliberar.

Los profesionales necesitan espacios donde puedan discutir casos complejos y formular preocupaciones.

Las jerarquías excesivamente rígidas pueden limitar este proceso.

Un integrante del equipo puede identificar información relevante y no sentirse suficientemente autorizado para comunicarla.

La seguridad psicológica adquiere entonces una dimensión asistencial: facilita que diferentes profesionales expresen dudas o riesgos antes de que produzcan consecuencias.

El liderazgo también influye. Hult et al. (2023) encontraron relaciones entre estilos de liderazgo en enfermería y diferentes resultados relacionados con trabajadores, organizaciones

y pacientes, mostrando que el funcionamiento interdisciplinario depende también del entorno institucional.

Papel de enfermería en la continuidad

La enfermería ocupa una posición estratégica debido a la proximidad mantenida con pacientes y familias en numerosos escenarios.

Esta continuidad permite detectar modificaciones clínicas, dificultades en autocuidado, dudas sobre medicamentos y necesidades familiares.

La información puede ser especialmente relevante durante reuniones interdisciplinarias o preparación del alta.

Sin embargo, reconocer esta función no significa convertir a enfermería en responsable exclusiva de la continuidad.

La coordinación es una responsabilidad sistémica.

Ylimäki et al. (2024) resaltan la importancia de las competencias profesionales para impulsar cuidados basados en evidencia, y estas competencias pueden contribuir también a que enfermería participe activamente en decisiones interprofesionales y procesos de continuidad.

Atención primaria y longitudinalidad

La atención primaria posee una función particularmente importante en la continuidad de personas con necesidades prolongadas.

Cuando múltiples especialistas intervienen, resulta necesario mantener una visión longitudinal capaz de integrar recomendaciones y prioridades.

La multimorbilidad muestra la importancia de esta función.

Una intervención puede resultar apropiada para una enfermedad y tener efectos desfavorables sobre otra.

La continuidad permite considerar a la persona como una totalidad y no como la suma de diferentes diagnósticos.

También puede favorecer prevención, seguimiento y reconocimiento temprano de cambios.

Un sistema centrado en episodios aislados encuentra mayores dificultades para responder a enfermedades crónicas.

Pacientes y familias dentro del equipo

Los modelos centrados en las personas incorporan progresivamente a pacientes y familias dentro del proceso de coordinación.

El paciente aporta conocimientos sobre objetivos, preferencias, experiencias previas y posibilidades reales de seguir un plan.

Esta información puede modificar las decisiones.

Una recomendación puede ser clínicamente adecuada y resultar inviable debido a condiciones familiares, económicas o funcionales.

La familia puede participar cuando la persona lo desea o cuando desempeñará funciones de cuidado.

Sin embargo, esta participación necesita respetar autonomía y confidencialidad.

Los familiares tampoco deberían convertirse en recursos ilimitados utilizados para compensar deficiencias del sistema.

Barreras organizacionales para la continuidad

La continuidad puede verse comprometida por diferentes factores.

La rotación de profesionales dificulta relaciones longitudinales. La incompatibilidad entre sistemas digitales afecta intercambio de información. Las cargas asistenciales pueden reducir oportunidades para coordinación.

También existen barreras territoriales.

Las personas pueden recibir atención especializada lejos de su lugar de residencia y posteriormente presentar dificultades para continuar el seguimiento.

Estas condiciones muestran que la continuidad no puede depender exclusivamente de la voluntad profesional.

Las organizaciones necesitan establecer mecanismos de derivación, comunicación y seguimiento.

La integración requiere infraestructura.

Continuidad, dotación de personal y condiciones de trabajo

Las condiciones laborales pueden influir indirectamente sobre la continuidad.

Cuando existe alta rotación o dotación insuficiente, resulta más difícil mantener relaciones, realizar transferencias completas y coordinar actividades.

Drennan et al. (2024) encontraron asociaciones entre niveles menores de dotación de enfermería en servicios de emergencia y diferentes resultados desfavorables relacionados con calidad y oportunidad.

Estos resultados no permiten atribuir todos los problemas de continuidad a la cantidad de personal, pero muestran que la coordinación necesita recursos suficientes.

Un proceso diseñado perfectamente puede fracasar cuando no existe tiempo real para desarrollarlo.

Evaluación de la continuidad

La continuidad puede evaluarse mediante indicadores directos e indirectos.

El seguimiento después del alta, discrepancias farmacológicas, reingresos potencialmente evitables, duplicación de pruebas y disponibilidad de información pueden aportar señales.

La experiencia de las personas resulta igualmente importante.

Los pacientes pueden identificar fragmentación cuando deben repetir constantemente su historia o reciben indicaciones incompatibles.

Esta información puede revelar problemas difíciles de detectar mediante bases administrativas.

La evaluación debería combinar datos y experiencia.

La continuidad posee dimensiones clínicas, organizacionales y relacionales que no pueden resumirse completamente en una sola métrica.

Continuidad y seguridad clínica

Muchas fallas asistenciales ocurren precisamente en las conexiones.

Un resultado correcto puede producir daño si nadie lo revisa.

Un tratamiento adecuado puede convertirse en un riesgo cuando los cambios no son comunicados.

La seguridad necesita, por tanto, observar los espacios entre servicios y profesionales.

La continuidad constituye una barrera preventiva porque disminuye la probabilidad de que la información se pierda o las responsabilidades queden indefinidas.

Esto conecta directamente la coordinación interdisciplinaria con la cultura de seguridad desarrollada en los apartados anteriores.

Tecnología al servicio de la continuidad

La tecnología puede facilitar intercambio de información, seguimiento remoto y coordinación.

Sin embargo, su valor depende de interoperabilidad, diseño y accesibilidad.

Los sistemas digitales deberían permitir encontrar rápidamente la información necesaria.

La incorporación de inteligencia artificial también puede facilitar la identificación de pacientes con necesidades de seguimiento, pero continúa requiriendo supervisión profesional.

La innovación debe solucionar problemas reales de coordinación y no añadir nuevas barreras.

La continuidad necesita sistemas que conecten a las personas y no únicamente bases de datos más extensas.

Síntesis integradora

La continuidad asistencial constituye la capacidad del sistema para mantener coherencia en la atención a lo largo del tiempo y entre diferentes profesionales, instituciones y niveles. Puede analizarse mediante dimensiones informacionales, relacionales y de gestión, todas estrechamente vinculadas.

La fragmentación compromete calidad y seguridad porque permite que intervenciones individualmente apropiadas se conviertan en un plan global incoherente. Por ello, los modelos actuales de atención integrada buscan organizar los servicios alrededor de las necesidades de la persona y fortalecer la coordinación (WHO, 2024).

El trabajo interdisciplinario constituye uno de los mecanismos más importantes para alcanzar este objetivo. Sin embargo, requiere mucho más que reunir diferentes profesiones. Necesita **objetivos compartidos, claridad de responsabilidades, comunicación efectiva, intercambio de información, liderazgo y seguridad psicológica**.

La enfermería puede desempeñar una función especialmente relevante debido a su continuidad de contacto y capacidad para identificar cambios y necesidades, aunque la responsabilidad por la coordinación pertenece al sistema completo.

En consecuencia, la continuidad demuestra que la calidad no reside exclusivamente en cada intervención, sino también en **la capacidad para conectar intervenciones diferentes dentro de una trayectoria comprensible, segura y coherente para la persona**.

Una atención verdaderamente integral aparece cuando los distintos conocimientos profesionales dejan de funcionar como respuestas independientes y se transforman en un plan coordinado que puede mantenerse a través del tiempo y de los diferentes espacios donde ocurre el cuidado.

Número de palabras: aproximadamente 3.050.

4.7. Mejora continua y evaluación de los resultados en salud

La mejora continua representa uno de los principios fundamentales de los sistemas sanitarios orientados hacia la calidad. Parte del reconocimiento de que incluso los servicios que presentan resultados favorables mantienen oportunidades para revisar procesos, incorporar nueva evidencia, responder a cambios poblacionales y anticiparse a riesgos emergentes.

Desde esta perspectiva, la calidad no constituye un estado permanente que una institución alcanza definitivamente, sino una capacidad para aprender. Los cambios científicos, tecnológicos, epidemiológicos y organizacionales obligan a revisar periódicamente las prácticas y determinar si continúan produciendo los resultados esperados.

La mejora continua utiliza información procedente de indicadores, eventos adversos, experiencia de pacientes, auditorías y resultados clínicos para identificar problemas y orientar intervenciones. Sin embargo, medir no significa automáticamente mejorar. Los datos

adquieren valor cuando permiten formular preguntas, comprender causas, diseñar soluciones y comprobar posteriormente su impacto.

La evaluación debe formar parte del proceso desde el comienzo. De Mello et al. (2024) destacan precisamente el carácter cíclico de la evaluación de la implementación de guías y prácticas clínicas, mostrando que los resultados deben utilizarse para retroalimentar y ajustar las intervenciones.

De la medición al aprendizaje

El punto de partida de un proceso de mejora puede ser un resultado clínico desfavorable, un cambio en un indicador, un reclamo recurrente o una diferencia entre la práctica y un estándar científico.

Sin embargo, identificar el problema no explica necesariamente su causa.

Un aumento de caídas puede estar relacionado con modificaciones en la población, cambios de medicación, condiciones ambientales, carga laboral o múltiples factores simultáneos.

Por ello, el dato debe convertirse inicialmente en una pregunta.

La mejora comienza cuando la organización intenta comprender qué está produciendo el resultado y cuáles son los elementos susceptibles de modificación.

Esta transición desde medición hacia aprendizaje evita soluciones precipitadas.

Ciclos iterativos de mejora

Los procesos de mejora pueden organizarse mediante ciclos estructurados. Uno de los enfoques ampliamente utilizados es la lógica **Plan-Do-Study-Act (PDSA)**, que propone planificar un cambio, implementarlo, estudiar los resultados y utilizar el aprendizaje para decidir si debe adaptarse, ampliarse o abandonarse.

El valor principal del enfoque no se encuentra únicamente en seguir cuatro etapas, sino en reconocer que la mejora es iterativa.

Las intervenciones pueden probarse inicialmente en pequeña escala.

Esto permite identificar dificultades antes de extender un cambio hacia toda una organización.

Una estrategia que parece adecuada en el diseño puede producir efectos inesperados al incorporarse al flujo real de trabajo.

Por ello, los ciclos breves permiten aprender y modificar.

La metodología no debería, sin embargo, aplicarse como una receta administrativa. La calidad del proceso depende de la claridad de los objetivos, la adecuación de los datos y la capacidad para interpretar resultados.

Definición de problemas y objetivos

Un proyecto de mejora necesita partir de una definición suficientemente precisa.

Expresiones generales como "mejorar la seguridad" poseen poca utilidad operativa.

La organización debe determinar qué problema específico desea modificar, en qué población y bajo qué condiciones.

Los objetivos pueden incluir disminuir determinada complicación, mejorar seguimiento o aumentar comprensión de las instrucciones de alta.

También debe definirse cómo se medirá el cambio.

Sin indicadores adecuados resulta difícil determinar si la intervención produjo realmente un beneficio.

Sin embargo, establecer metas numéricas no debería promover una cultura orientada exclusivamente a alcanzar cifras.

Las metas deben representar cambios clínicamente relevantes.

Análisis de causas y contexto

Una misma consecuencia puede tener causas diferentes en contextos distintos.

Por ello, copiar una intervención exitosa de otra institución no garantiza resultados semejantes.

El análisis puede utilizar revisión de casos, datos institucionales, observación directa, entrevistas con profesionales y experiencias de pacientes.

Los trabajadores que desarrollan diariamente el proceso poseen conocimientos especialmente importantes.

Pueden identificar problemas prácticos que no aparecen en documentos institucionales.

La participación de los equipos también permite diferenciar barreras reales de supuestos administrativos.

La mejora efectiva necesita comprender cómo funciona realmente el sistema y no solamente cómo debería funcionar según los protocolos.

Diseño de intervenciones coherentes con las causas

Las soluciones deben corresponder con los problemas identificados.

Si existe desconocimiento profesional, una estrategia formativa puede ser apropiada. Si el problema surge de falta de recursos o de una interfaz digital confusa, repetir una capacitación tendrá probablemente un impacto limitado.

Este principio evita utilizar educación como respuesta automática frente a todos los problemas.

Las intervenciones también deben considerar evidencia científica.

La práctica basada en evidencia orienta qué estrategias poseen fundamento; la mejora continua analiza cómo incorporarlas dentro de un contexto específico.

Esta relación conecta directamente los capítulos 3 y 4.

La evidencia ayuda a identificar **qué debería hacerse**, mientras que la mejora de calidad permite determinar **cómo conseguir que ocurra de forma efectiva y sostenible dentro de un servicio concreto**.

Evaluación de implementación

Una intervención puede fracasar por dos razones diferentes: porque la estrategia no funciona o porque nunca se implementó adecuadamente.

Por ello, la evaluación necesita analizar tanto resultados como implementación.

Fontaine et al. (2024), al estudiar estrategias para implementar prácticas de enfermería basadas en evidencia, mostraron que las intervenciones de implementación pueden generar mejoras, aunque sus efectos son variables y dependen del contexto.

Este tipo de evidencia confirma que introducir una práctica nueva no garantiza automáticamente reproducir los resultados encontrados en investigación.

La evaluación debe determinar si los profesionales utilizaron la estrategia, qué barreras aparecieron y qué adaptaciones se realizaron.

Indicadores de proceso, resultado y equilibrio

Los indicadores de proceso permiten conocer si las actividades previstas se desarrollaron.

Los resultados muestran qué consecuencias generaron.

Ambas categorías deben analizarse conjuntamente.

Además, los proyectos de mejora pueden utilizar **indicadores de equilibrio** para identificar consecuencias no deseadas.

Por ejemplo, una estrategia destinada a disminuir errores puede aumentar significativamente la carga administrativa. Si esta carga produce retrasos o nuevas omisiones, el balance global puede resultar desfavorable.

La mejora no debería desplazar un problema hacia otra parte del sistema.

Por ello, la evaluación necesita observar beneficios y posibles efectos secundarios.

Evaluación multidimensional de resultados

Los resultados en salud no deben reducirse exclusivamente a mortalidad o complicaciones.

Dependiendo del objetivo, puede ser necesario analizar funcionalidad, síntomas, calidad de vida, experiencia, seguridad, continuidad y utilización de recursos.

Los resultados clínicos continúan siendo fundamentales, pero necesitan interpretarse dentro del contexto.

La complejidad basal de la población puede modificar los resultados.

También resulta necesario considerar el tiempo.

Algunas intervenciones producen efectos inmediatos y otras necesitan meses.

Los resultados reportados directamente por pacientes complementan esta evaluación porque permiten conocer dimensiones que los indicadores biomédicos no capturan completamente.

La mejora debería centrarse en resultados significativos para la persona y no únicamente en variables fáciles de medir.

Experiencia del paciente en los procesos de mejora

La experiencia aporta información sobre cómo funcionan los procesos desde la perspectiva del usuario.

Un hospital puede mostrar buenos resultados clínicos y presentar sistemáticamente dificultades relacionadas con comunicación o coordinación.

Las entrevistas, comentarios abiertos y medidas de experiencia pueden identificar estos problemas.

La información debe utilizarse críticamente.

Una experiencia negativa no significa automáticamente que existió una falla clínica, pero puede revelar problemas organizacionales relevantes.

La participación de pacientes también puede incorporarse al diseño de intervenciones.

Las personas que utilizan un servicio pueden detectar barreras poco visibles para los profesionales.

Variación y análisis temporal

Los indicadores presentan fluctuaciones naturales.

Un resultado favorable inmediatamente después de una intervención no demuestra necesariamente causalidad.

El análisis temporal permite observar si el cambio se mantiene.

Cuando existen suficientes datos, puede distinguirse entre variación esperable y modificaciones que probablemente representan un cambio real del proceso.

Esta perspectiva evita reaccionar excesivamente ante cada oscilación.

También permite detectar deterioros progresivos.

La mejora continua necesita considerar las tendencias y no únicamente comparaciones antes-después simples.

Intervenciones complejas

Muchos programas de calidad incluyen diversos componentes.

Una intervención para disminuir infecciones puede combinar formación, disponibilidad de insumos, auditoría y retroalimentación.

Cuando los resultados cambian, determinar qué componente produjo el efecto puede resultar difícil.

La evaluación debe analizar los mecanismos.

Comprender cómo se implementó el programa permite interpretar mejor los resultados y facilita su adaptación a otros contextos.

La ciencia de la implementación aporta herramientas especialmente útiles para este análisis.

Dusin et al. (2023) muestran que los modelos contemporáneos de práctica basada en evidencia reconocen cada vez más la relevancia del contexto y de la implementación para convertir conocimiento científico en resultados sostenibles.

Participación profesional en la mejora

Los proyectos diseñados exclusivamente desde niveles administrativos pueden encontrar dificultades cuando no consideran la realidad operativa.

La participación de los profesionales ayuda a identificar barreras y anticipar consecuencias.

También puede favorecer apropiación del cambio.

Esto no significa que las prácticas existentes deban mantenerse simplemente porque el equipo las prefiere.

La evidencia puede exigir modificaciones importantes.

La participación debe utilizarse para determinar cómo implementar adecuadamente el cambio y no para decidir arbitrariamente si la evidencia será aceptada.

Los líderes desempeñan una función importante creando condiciones para este diálogo.

Liderazgo y cultura de mejora

El liderazgo determina en gran medida si la mejora se convierte en una práctica permanente o en una serie de proyectos temporales.

Hult et al. (2023) muestran relaciones entre liderazgo y diferentes resultados profesionales, organizacionales y asistenciales.

Los líderes pueden facilitar recursos, establecer prioridades y proteger tiempo para actividades de mejora.

También transmiten mensajes mediante aquello que reconocen y evalúan.

Si la organización declara que la calidad constituye una prioridad y recompensa exclusivamente productividad, puede generar objetivos contradictorios.

La cultura de mejora necesita coherencia.

Los errores y resultados negativos deben poder discutirse sin que toda revisión se interprete como una amenaza personal.

Sostenibilidad de los cambios

Una intervención puede producir excelentes resultados durante un proyecto piloto y desaparecer después.

La sostenibilidad constituye, por tanto, una dimensión específica de la mejora.

Los cambios necesitan incorporarse progresivamente dentro de los procesos habituales.

Puede ser necesario incluirlos en protocolos, sistemas digitales, inducción de personal y mecanismos de seguimiento.

King et al. (2024) han mostrado que la sostenibilidad constituye uno de los desafíos relevantes en programas destinados a desarrollar capacidad de traducción del conocimiento.

La mejora que depende permanentemente de un grupo reducido de personas resulta vulnerable.

La institucionalización permite conservar el aprendizaje cuando cambian los integrantes del equipo.

Auditoría y retroalimentación

La auditoría permite determinar si determinados procesos se desarrollan según lo esperado.

La retroalimentación debe utilizar los resultados para generar reflexión y no únicamente para establecer clasificaciones.

Una diferencia entre práctica y estándar puede tener múltiples explicaciones.

Los profesionales necesitan conocer sus resultados y participar en su interpretación.

La retroalimentación tiene mayor capacidad cuando es suficientemente oportuna, comprensible y relacionada con acciones posibles.

Acumular informes anuales que llegan cuando el problema ya cambió limita considerablemente su utilidad.

Resultados negativos y aprendizaje

No todas las iniciativas producirán mejoras.

Un resultado negativo puede indicar que la intervención era ineficaz, que no se implementó correctamente o que existieron condiciones no previstas.

Reconocer esta posibilidad forma parte de una cultura científica.

Ocultar o reinterpretar resultados desfavorables para demostrar éxito limita el aprendizaje.

Las instituciones deberían poder abandonar estrategias que no producen suficiente beneficio.

La mejora continua requiere también capacidad para reconocer errores en las propias intervenciones de mejora.

Desimplementación

La mejora no consiste únicamente en incorporar nuevas prácticas.

También puede requerir retirar intervenciones de escaso valor o procedimientos cuya evidencia ha cambiado.

La desimplementación puede resultar difícil porque las prácticas se integran en hábitos y expectativas.

Sin embargo, mantener actividades innecesarias consume recursos y puede generar riesgos.

El conocimiento científico debe utilizarse tanto para adoptar como para abandonar intervenciones.

Una organización que añade continuamente procedimientos sin revisar los existentes puede incrementar complejidad sin mejorar resultados.

Tecnología y sistemas de información

Los sistemas digitales permiten disponer de datos con mayor rapidez y pueden facilitar seguimiento de indicadores.

Los tableros de control pueden mostrar tendencias y generar alertas cuando un resultado se desvía.

Sin embargo, disponer de datos en tiempo real no garantiza capacidad para responder.

La organización necesita procesos que conviertan esa información en decisiones.

La calidad de los datos también es fundamental.

Un sistema automatizado puede producir conclusiones incorrectas rápidamente cuando los registros de origen son incompletos.

La transformación digital debe fortalecer y no sustituir el juicio sobre la calidad de la información.

Inteligencia artificial y evaluación de resultados

La inteligencia artificial puede facilitar predicción, identificación de patrones y selección de pacientes con determinados riesgos.

Sin embargo, su utilización dentro de programas de mejora requiere evaluación cuidadosa.

Un modelo predictivo solamente genera valor sanitario cuando permite desarrollar intervenciones que realmente mejoran resultados.

También debe comprobarse su funcionamiento en poblaciones diferentes.

El riesgo de sesgos y desigualdades exige analizar no solo la precisión global, sino la distribución del desempeño.

La supervisión humana continúa siendo necesaria.

La innovación debe demostrar valor clínico además de rendimiento tecnológico.

Equidad en la mejora continua

Una mejora promedio no garantiza un beneficio equitativo.

Una intervención puede producir excelentes resultados generales y favorecer principalmente a las personas con mayor facilidad para utilizar el servicio.

Por ello, cuando resulte pertinente, los proyectos deberían analizar quién se beneficia y quién continúa presentando barreras.

La equidad puede requerir adaptar estrategias.

Una modalidad digital puede ser útil para gran parte de la población y necesitar alternativas para personas con menor conectividad.

La finalidad no consiste únicamente en mejorar el promedio institucional, sino en evitar que la innovación amplíe desigualdades prevenibles.

Aprendizaje organizacional

Una organización orientada hacia la mejora utiliza sus experiencias para producir conocimiento.

Los resultados favorables pueden identificar prácticas capaces de extenderse.

Los resultados desfavorables permiten reconocer estrategias que necesitan modificación.

El aprendizaje también debe compartirse entre servicios.

Cuando cada unidad enfrenta independientemente los mismos problemas, la institución pierde oportunidades para acumular conocimiento.

La documentación de proyectos, las comunidades de práctica y los espacios interdisciplinarios pueden favorecer la circulación de aprendizajes.

La finalidad consiste en evitar repetir los mismos errores y aprovechar experiencias exitosas.

Hacia sistemas sanitarios que aprenden

El desarrollo más avanzado de la mejora continua aparece cuando la atención y el aprendizaje se integran dentro de un mismo ciclo.

Los datos generados durante la práctica permiten identificar problemas; la evidencia científica orienta alternativas; las intervenciones generan nuevos resultados; y estos resultados se utilizan nuevamente para modificar la atención.

De esta forma, la organización se convierte progresivamente en un sistema de aprendizaje.

Esto no significa convertir toda actividad asistencial en investigación formal.

Significa utilizar rigurosamente la información generada durante la práctica para mejorar decisiones.

La evaluación deja de ser una actividad final y se convierte en parte permanente del funcionamiento institucional.

Síntesis integradora

La mejora continua constituye la capacidad de los sistemas sanitarios para identificar problemas, comprender sus causas, desarrollar intervenciones y evaluar rigurosamente sus efectos. Su finalidad no es alcanzar una situación de perfección definitiva, sino mantener una capacidad permanente de aprendizaje y adaptación.

Los procesos de mejora pueden organizarse mediante ciclos iterativos como PDSA, siempre que estas metodologías se utilicen de manera reflexiva y acompañadas de objetivos, datos e interpretación adecuada. La evaluación necesita considerar implementación, resultados y posibles efectos no deseados.

La evidencia contemporánea confirma que trasladar conocimiento hacia mejoras reales depende del contexto, de las estrategias de implementación y de la sostenibilidad organizacional (De Mello et al., 2024; Fontaine et al., 2024; King et al., 2024).

Los resultados deben evaluarse desde múltiples perspectivas: efectividad clínica, seguridad, experiencia, funcionalidad, eficiencia y equidad. La participación de profesionales y pacientes permite complementar los indicadores con conocimiento procedente de quienes desarrollan y experimentan los procesos.

En consecuencia, una organización de alta calidad no es aquella que afirma no tener problemas, sino aquella que posee capacidad para **detectarlos tempranamente, analizarlos sin simplificaciones, implementar soluciones fundamentadas y comprobar de manera sistemática si esas soluciones realmente mejoran los resultados**.

La mejora continua transforma así la evaluación desde una actividad administrativa hacia una herramienta de aprendizaje. Cada resultado genera información y cada información puede convertirse en una nueva oportunidad para revisar la práctica.

Con este enfoque se completa el capítulo dedicado a calidad y seguridad: la calidad se conceptualiza, la seguridad se convierte en cultura, los riesgos se anticipan, los eventos adversos generan aprendizaje, los indicadores permiten medir, la continuidad integra el recorrido asistencial y la mejora continua transforma los resultados en nuevas decisiones. De esta manera, la calidad sanitaria se consolida como una construcción permanente sustentada en evidencia científica, evaluación, coordinación y aprendizaje organizacional.

CAPÍTULO 5. Innovación y transformación del cuidado en salud

5.1. Innovación sanitaria y nuevos modelos de atención

La innovación sanitaria constituye un proceso de transformación orientado a desarrollar o adaptar modelos, tecnologías, intervenciones y formas de organización capaces de responder de manera más efectiva, segura, equitativa y sostenible a las necesidades cambiantes de la población. Su significado no debe reducirse a la incorporación de dispositivos tecnológicos o herramientas digitales, pues también comprende modificaciones en los roles profesionales, los espacios donde se proporciona atención, los mecanismos de coordinación, la participación de los pacientes y las estrategias utilizadas para prevenir enfermedades y mantener la continuidad del cuidado.

Los sistemas sanitarios contemporáneos enfrentan desafíos relacionados con el envejecimiento poblacional, el incremento de las enfermedades crónicas y la multimorbilidad, las desigualdades de acceso, las limitaciones de recursos y la necesidad de garantizar continuidad entre diferentes niveles de atención. Estas transformaciones requieren superar modelos centrados exclusivamente en episodios agudos y avanzar hacia formas de atención más preventivas, longitudinales e integradas.

La Organización Mundial de la Salud sostiene que la transformación de los sistemas sanitarios debe aprovechar las posibilidades de la innovación y de la salud digital para fortalecer la cobertura, la calidad, la equidad y la atención centrada en las personas (World Health Organization [WHO], 2021). Desde esta perspectiva, innovar no significa sustituir automáticamente prácticas tradicionales por alternativas tecnológicas, sino analizar qué necesidades no están siendo suficientemente atendidas y desarrollar soluciones capaces de generar valor sanitario.

La innovación responsable requiere, por tanto, una relación estrecha entre **necesidad, evidencia, diseño, implementación y evaluación**. Una intervención novedosa no puede considerarse mejor únicamente por ser reciente. Debe demostrar que aporta beneficios clínicos u organizacionales relevantes, que puede implementarse de manera segura y que no genera desigualdades o cargas desproporcionadas para pacientes, familias y profesionales.

Transformación de los modelos tradicionales de atención

Los modelos asistenciales tradicionales han estado frecuentemente organizados alrededor de episodios concretos de enfermedad. El paciente consulta cuando aparecen síntomas, recibe una valoración y posteriormente retorna al sistema cuando necesita una nueva intervención. Este enfoque continúa siendo necesario para numerosas situaciones agudas, pero presenta limitaciones frente a necesidades que requieren seguimiento prolongado.

Las enfermedades crónicas constituyen un ejemplo evidente. Su manejo necesita vigilancia, educación, prevención de complicaciones, adherencia terapéutica y coordinación durante periodos prolongados. En estos escenarios, la calidad no depende exclusivamente de aquello que ocurre dentro de una consulta, sino de la capacidad para mantener el cuidado entre encuentros.

Los nuevos modelos buscan, por ello, desarrollar una atención más longitudinal. Esto supone identificar riesgos oportunamente, mantener canales de seguimiento y facilitar la participación del paciente dentro de su proceso de cuidado.

La innovación se orienta progresivamente hacia modelos en los que la atención no comienza exclusivamente cuando aparece una complicación, sino que intenta anticiparla cuando existe suficiente información para hacerlo.

De una atención reactiva hacia una atención preventiva y proactiva

Una de las transformaciones más relevantes consiste en fortalecer prevención y detección temprana. Los sistemas pueden utilizar datos clínicos, antecedentes, resultados y mecanismos de seguimiento para identificar personas que requieren intervenciones antes de desarrollar complicaciones graves.

Esta perspectiva no implica asumir que todos los problemas pueden predecirse. La incertidumbre continúa siendo inherente a la práctica clínica.

El objetivo consiste en utilizar de manera más efectiva la información disponible.

Por ejemplo, un paciente que no acude a controles, presenta resultados persistentemente alterados o muestra cambios en parámetros monitorizados puede ser identificado para una intervención temprana.

La atención proactiva requiere, sin embargo, capacidad real de respuesta. Un sistema que identifica miles de pacientes en riesgo sin disponer de profesionales o servicios capaces de atenderlos puede generar información sin producir beneficios.

La innovación debe conectar detección con acción.

Atención integrada y centrada en las personas

Los nuevos modelos de atención buscan superar la fragmentación entre servicios y disciplinas. La atención integrada organiza diferentes intervenciones alrededor de las necesidades de la persona y procura mantener continuidad entre promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados prolongados.

Esta orientación coincide con las estrategias internacionales dirigidas hacia servicios integrados y centrados en las personas promovidas por la OMS (WHO, 2021).

La integración requiere mucho más que compartir información digital.

Los diferentes profesionales necesitan objetivos comunes, responsabilidades claras y mecanismos de comunicación.

Una persona con enfermedad crónica puede recibir simultáneamente recomendaciones de medicina, enfermería, nutrición, farmacia y rehabilitación. Cuando cada profesional actúa independientemente, puede aparecer una carga terapéutica excesiva o recomendaciones contradictorias.

La innovación organizacional consiste en transformar esas intervenciones separadas en un plan coordinado.

Modelos híbridos de atención

La combinación de encuentros presenciales y remotos constituye una de las transformaciones más visibles de los últimos años.

Los modelos híbridos parten del principio de que las diferentes necesidades asistenciales no requieren necesariamente el mismo canal de atención.

Una exploración física compleja, un procedimiento o determinadas situaciones diagnósticas pueden necesitar presencialidad. En cambio, algunos controles, actividades educativas, revisión de resultados o seguimientos pueden desarrollarse mediante modalidades remotas.

La innovación híbrida evita plantear una competencia entre atención presencial y digital.

La pregunta relevante es cuál modalidad resulta clínicamente más apropiada para cada necesidad.

La presencialidad conserva un valor irremplazable en determinadas situaciones. La atención remota puede complementar el cuidado cuando disminuye barreras sin comprometer calidad o seguridad.

La flexibilidad se convierte así en una característica del nuevo modelo.

Atención domiciliaria y descentralización del cuidado

El domicilio ha adquirido creciente importancia como espacio potencial para desarrollar determinadas intervenciones.

La disponibilidad de dispositivos portátiles, tecnologías de comunicación y sistemas de seguimiento permite trasladar algunas actividades tradicionalmente concentradas en instituciones hacia el entorno cotidiano de las personas.

Esto puede disminuir desplazamientos, facilitar recuperación en un ambiente familiar y reducir determinadas hospitalizaciones.

Sin embargo, trasladar el cuidado al domicilio también puede generar nuevas responsabilidades.

Familiares y pacientes pueden verse obligados a manejar dispositivos, registrar información o realizar acciones que anteriormente desarrollaban profesionales.

La innovación responsable necesita analizar esta carga.

La atención domiciliaria no debería convertirse en una estrategia destinada únicamente a trasladar costos o responsabilidades fuera de las instituciones.

Debe implementarse cuando existe suficiente seguridad, soporte profesional y capacidad del paciente o sus cuidadores.

Monitoreo remoto y cuidado longitudinal

El monitoreo remoto permite recopilar determinados parámetros desde el domicilio y comunicarlos al equipo sanitario. Su utilidad potencial resulta especialmente relevante en enfermedades crónicas.

Sin embargo, generar datos no significa producir cuidado.

Un programa necesita establecer qué información se recopilará, quién la revisará, qué valores requieren intervención y cómo se comunicará la respuesta.

De lo contrario, puede generarse una falsa sensación de vigilancia.

El paciente podría asumir que sus parámetros son observados continuamente cuando en realidad son revisados con determinada periodicidad.

La innovación necesita establecer límites y responsabilidades explícitos.

La evidencia reciente sobre telemedicina aplicada a enfermedades crónicas señala beneficios potenciales en diferentes dimensiones del manejo, aunque la heterogeneidad entre intervenciones y contextos impide considerar todas las estrategias remotas como equivalentes (Ezeamii et al., 2024; Li et al., 2025).

Equipos interdisciplinarios como modelo de innovación

La innovación asistencial también implica transformar la organización profesional.

Los problemas complejos requieren conocimientos complementarios y difícilmente pueden resolverse de manera adecuada desde una única disciplina.

La atención basada en equipos distribuye funciones según competencias y favorece que diferentes profesionales contribuyan al plan terapéutico.

Esto puede ampliar la capacidad del sistema.

Sin embargo, incorporar más profesionales no garantiza interdisciplinariedad.

La innovación aparece cuando existe coordinación, intercambio de información y capacidad para integrar recomendaciones.

Los equipos necesitan evitar tanto duplicaciones como vacíos de responsabilidad.

En este contexto, la comunicación constituye una tecnología organizacional tan importante como las plataformas digitales.

Evolución de los roles profesionales

Los nuevos modelos pueden modificar las funciones tradicionalmente asignadas a determinadas profesiones.

Los profesionales de enfermería de práctica avanzada constituyen un ejemplo de expansión de funciones en distintos sistemas sanitarios. Charalambous et al. (2024) analizaron servicios de telesalud liderados por enfermeras de práctica avanzada y encontraron posibilidades

relacionadas con acceso y prestación de servicios, aunque también señalaron necesidades específicas de formación.

Estos modelos no deben trasladarse automáticamente entre países.

Las competencias y responsabilidades dependen de regulación, formación y características del sistema sanitario.

La innovación profesional debe desarrollarse dentro de marcos que definan claramente competencias y mecanismos de supervisión.

Ampliar funciones sin garantizar preparación suficiente puede introducir nuevos riesgos.

Innovación en el manejo de enfermedades crónicas

Las enfermedades crónicas constituyen uno de los principales escenarios para nuevos modelos de atención porque requieren intervenciones repetidas y prolongadas.

La combinación de consultas presenciales, seguimiento remoto, educación y monitoreo puede favorecer un manejo más continuo.

Li et al. (2025) identificaron beneficios potenciales de intervenciones de telemedicina sobre alfabetización sanitaria y capacidad para manejar enfermedades crónicas, aunque también se reconocen barreras relacionadas con implementación y características de las poblaciones.

Estos resultados muestran que la utilidad no se encuentra únicamente en el dispositivo.

La intervención necesita estar conectada con un equipo capaz de interpretar la información y responder.

La innovación eficaz integra tecnología, profesionales y participación del paciente dentro de un modelo común.

Gestión poblacional y utilización de datos

Los sistemas digitales permiten analizar información a nivel poblacional y detectar patrones relacionados con utilización de servicios, riesgos o desigualdades.

Esta capacidad puede apoyar planificación y prevención.

Los responsables sanitarios pueden identificar grupos que presentan mayores tasas de determinadas complicaciones o territorios donde el acceso resulta insuficiente.

Sin embargo, estos análisis necesitan desarrollarse dentro de marcos de privacidad y protección de datos.

La disponibilidad de grandes cantidades de información no justifica cualquier utilización.

Los sistemas deben establecer finalidades legítimas y criterios claros de acceso.

La gestión poblacional debe contribuir a disminuir desigualdades y no convertirse en una fuente adicional de discriminación.

Co-diseño de nuevos modelos

La participación de profesionales y pacientes durante el diseño puede aumentar la pertinencia de las innovaciones.

Los profesionales conocen el funcionamiento cotidiano de los servicios. Los pacientes conocen las dificultades experimentadas durante su recorrido.

Una herramienta diseñada exclusivamente desde una perspectiva técnica puede funcionar correctamente desde el punto de vista informático y resultar difícil de utilizar durante una consulta.

El co-diseño permite identificar estas tensiones antes de implementar una solución a gran escala.

La participación no significa que todas las propuestas deban incorporarse. Su función consiste en aportar información relevante para desarrollar una alternativa más viable y centrada en necesidades reales.

Innovación y evidencia científica

Existe una presión creciente para incorporar rápidamente nuevas tecnologías.

Sin embargo, velocidad e innovación no deberían confundirse con calidad.

Una intervención debe evaluarse según el nivel de riesgo y las consecuencias potenciales.

Las tecnologías que influyen directamente sobre decisiones clínicas requieren una evaluación especialmente rigurosa.

Otras innovaciones organizacionales pueden comenzar mediante pruebas controladas y evaluación progresiva.

El principio fundamental consiste en evitar la adopción basada únicamente en expectativas.

La innovación sanitaria debería desarrollarse mediante ciclos de **diseño, implementación, evaluación y reajuste**.

Cuando una tecnología o modelo no genera suficiente beneficio, la organización debe tener capacidad para modificarlo o desimplementarlo.

Equidad en los nuevos modelos

Una innovación puede mejorar el acceso promedio y producir simultáneamente nuevas desigualdades.

La expansión de modalidades digitales durante los últimos años ha evidenciado diferencias relacionadas con conectividad, acceso a dispositivos y alfabetización tecnológica. Cunha et al. (2023) identificaron estas barreras al analizar telemedicina en poblaciones vulnerables.

Por ello, la equidad debe considerarse antes y después de la implementación.

Los sistemas pueden conservar canales presenciales, proporcionar apoyo tecnológico y desarrollar interfaces accesibles.

La solución no consiste en impedir la innovación porque existen desigualdades, sino en diseñarla de manera que no excluya sistemáticamente a determinados grupos.

Sostenibilidad y valor sanitario

Una innovación puede mostrar resultados favorables durante un proyecto piloto y resultar difícil de mantener posteriormente.

La evaluación necesita considerar costos de adquisición, mantenimiento, formación, soporte técnico y actualización.

El valor no puede medirse exclusivamente mediante el costo directo de la tecnología.

También pueden existir beneficios relacionados con disminución de desplazamientos, mejor utilización de recursos o prevención de complicaciones.

La sostenibilidad exige analizar el conjunto.

Una innovación que necesita permanentemente recursos extraordinarios puede ser difícil de integrar al funcionamiento cotidiano.

El objetivo es desarrollar soluciones capaces de mantenerse sin comprometer otras áreas esenciales del sistema.

Gobernanza y responsabilidad

Las organizaciones necesitan mecanismos claros para seleccionar, implementar y evaluar innovaciones.

La decisión debería considerar evidencia científica, seguridad, interoperabilidad, privacidad, equidad, factibilidad y costos.

También debe establecer responsabilidades.

Cuando una tecnología presenta errores o produce resultados inesperados, debe existir claridad sobre quién debe analizar el problema.

La gobernanza evita que los servicios acumulen múltiples herramientas incompatibles o que determinadas innovaciones se mantengan simplemente porque ya fueron adquiridas.

Innovar responsablemente implica también saber cuándo detener una intervención.

Innovación y humanización

La tecnología no es inherentemente humanizadora ni deshumanizadora.

Su efecto depende de cómo se utilice.

Una consulta remota puede facilitar que una persona con movilidad limitada mantenga contacto con sus profesionales y evitar un desplazamiento complejo. También puede producir una experiencia distante cuando la comunicación es deficiente.

Un sistema electrónico puede liberar tiempo al automatizar tareas o aumentar la carga administrativa cuando exige múltiples registros.

Por ello, la humanización debe formar parte de los criterios de evaluación de innovación.

La pregunta no consiste solamente en determinar si la tecnología funciona, sino si permite desarrollar un cuidado más accesible, comprensible y centrado en la persona.

Síntesis integradora

La innovación sanitaria constituye un proceso de transformación que abarca tecnologías, modelos organizacionales, roles profesionales y nuevos espacios de atención. Su finalidad debe ser responder de manera más efectiva a las necesidades de las personas y fortalecer la capacidad de los sistemas para proporcionar continuidad, prevención, acceso y calidad.

Los modelos híbridos, el monitoreo remoto, la atención domiciliaria y la reorganización de equipos ofrecen nuevas posibilidades, particularmente ante enfermedades crónicas. Sin embargo, la evidencia disponible muestra que los resultados dependen del diseño y del contexto y que no todas las intervenciones digitales producen automáticamente beneficios equivalentes (Charalambous et al., 2024; Ezeamii et al., 2024; Li et al., 2025).

La equidad constituye además una condición indispensable, debido a que las innovaciones pueden ampliar oportunidades y simultáneamente generar nuevas exclusiones cuando existen barreras tecnológicas o de alfabetización (Cunha et al., 2023).

En consecuencia, una innovación sanitaria responsable debe **responder a una necesidad real, apoyarse en evidencia suficiente, incorporar a sus usuarios, proteger seguridad y equidad y evaluar continuamente los resultados obtenidos**.

El verdadero valor de la innovación no reside en utilizar más tecnología, sino en conseguir que el sistema responda mejor a las necesidades de las personas sin perder seguridad, continuidad, sostenibilidad ni humanidad.

Número de palabras: aproximadamente 3.150.

5.2. Salud digital y transformación de la relación profesional-paciente

La salud digital representa una transformación profunda en la manera en que la información sanitaria se produce, almacena, comparte e incorpora a las decisiones. Incluye historias

clínicas electrónicas, portales de pacientes, aplicaciones móviles, dispositivos portátiles, sistemas de monitoreo remoto, telemedicina, apoyo digital a decisiones e inteligencia artificial.

Su impacto excede la dimensión tecnológica. La digitalización modifica las relaciones entre profesionales y pacientes porque facilita nuevos canales de comunicación, amplía el acceso de las personas a su propia información y permite que determinados componentes del cuidado ocurran fuera de los establecimientos.

La Organización Mundial de la Salud reconoce que la salud digital puede contribuir al fortalecimiento de los sistemas sanitarios cuando se utiliza para mejorar acceso, calidad y eficiencia, pero también advierte sobre la necesidad de desarrollar soluciones inclusivas y responsables (World Health Organization [WHO], 2021).

La transformación digital debe, por tanto, analizarse desde una perspectiva clínica y relacional. La pregunta no consiste simplemente en establecer qué tecnologías están disponibles, sino en determinar cómo modifican la experiencia de cuidado, qué nuevos riesgos introducen y de qué manera pueden integrarse preservando confianza, autonomía, privacidad y equidad.

De una relación episódica hacia una relación conectada

La consulta presencial ha constituido tradicionalmente el principal espacio de interacción entre profesional y paciente. La salud digital amplía esta relación mediante portales, mensajes, monitoreo y consultas remotas.

La atención puede mantenerse entre encuentros.

Una persona puede consultar resultados, recibir información o comunicar determinados cambios sin esperar necesariamente una nueva visita.

Esta característica puede fortalecer la continuidad, especialmente en enfermedades crónicas.

Sin embargo, también modifica las expectativas.

Los pacientes pueden asumir que un mensaje será respondido inmediatamente o que los datos registrados en una plataforma son revisados continuamente.

Las instituciones necesitan establecer con claridad qué canales están disponibles y cuáles son sus tiempos de respuesta.

La conectividad no debe convertirse en una expectativa de disponibilidad profesional permanente.

Acceso directo a información sanitaria

Los sistemas digitales han ampliado las posibilidades de que las personas consulten directamente información relacionada con su salud.

Este acceso puede aumentar participación y transparencia.

Sin embargo, la información clínica puede resultar difícil de interpretar sin contexto.

Un resultado de laboratorio fuera de un intervalo de referencia puede generar preocupación y no representar necesariamente una situación clínicamente grave.

La disponibilidad de información necesita acompañarse de estrategias que favorezcan comprensión.

El profesional mantiene un papel importante al contextualizar los datos y relacionarlos con el conjunto de la situación clínica.

La salud digital no elimina la necesidad de interpretación; la hace incluso más relevante.

Transformación del papel del paciente

Las tecnologías pueden favorecer un papel más activo de las personas dentro del proceso asistencial.

Los pacientes pueden registrar síntomas, revisar resultados, utilizar herramientas educativas y participar en determinadas decisiones.

Este cambio posee potencial para fortalecer autonomía y autocuidado.

Sin embargo, la participación no debería convertirse en una obligación.

No todas las personas desean gestionar grandes cantidades de información sanitaria o utilizar múltiples aplicaciones.

La atención centrada en la persona requiere ofrecer posibilidades adaptadas a diferentes preferencias y capacidades.

Digitalizar el cuidado no significa trasladar sistemáticamente tareas profesionales hacia el paciente.

Comunicación clínica en entornos digitales

La comunicación mediante videollamadas, mensajería o portales presenta características diferentes de la interacción presencial.

Algunas señales no verbales pueden modificarse y los problemas tecnológicos pueden interrumpir el diálogo.

Por ello, las competencias comunicativas necesitan adaptarse al medio.

Durante una consulta digital resulta importante verificar que la persona puede escuchar adecuadamente, explicar cómo se desarrollará la interacción y reservar oportunidades explícitas para preguntas.

La relación terapéutica continúa dependiendo de escucha, claridad y empatía.

La digitalización no elimina la relación profesional-paciente; transforma las condiciones en las que esta se desarrolla.

Humanización de la atención digital

Existe preocupación acerca de que la tecnología pueda disminuir la dimensión humana del cuidado. Esta posibilidad es real cuando los sistemas obligan al profesional a concentrarse más en interfaces y registros que en la persona.

Sin embargo, el efecto contrario también es posible.

Una tecnología puede automatizar actividades de poco valor y liberar tiempo para comunicación.

Por ello, la humanización debe incorporarse a los criterios de diseño y evaluación.

Una herramienta adecuada debería facilitar la interacción y no competir permanentemente con ella.

La tecnología debe permanecer como soporte y no convertirse en el centro de la consulta.

El dato posee valor cuando contribuye a comprender mejor a la persona y orientar una decisión.

Historia clínica electrónica y carga de documentación

La historia clínica electrónica constituye uno de los elementos centrales de la transformación digital.

Facilita el acceso a antecedentes, resultados y tratamientos y puede mejorar continuidad.

Sin embargo, también puede generar dificultades relacionadas con usabilidad, exceso de campos obligatorios y fragmentación de información.

Cuando la documentación consume una proporción excesiva del encuentro, el profesional puede dividir su atención entre el paciente y la pantalla.

Este problema demuestra que la digitalización no debe evaluarse únicamente mediante capacidad técnica.

La usabilidad y la integración con el flujo asistencial son componentes de calidad.

Un sistema correctamente diseñado debería permitir documentar la información necesaria sin crear una carga desproporcionada.

Portales digitales y participación

Los portales permiten consultar resultados, medicamentos, citas y otra información.

También pueden incorporar sistemas de mensajería.

Estas herramientas pueden disminuir determinadas barreras administrativas y facilitar participación.

Sin embargo, su utilidad depende del diseño.

Procesos complejos de autenticación, lenguaje técnico o menús poco intuitivos pueden dificultar el acceso.

La transformación digital debe considerar a personas con diferentes niveles de alfabetización y experiencia tecnológica.

Mantener alternativas no digitales continúa siendo importante cuando determinados usuarios no pueden o no desean utilizar estas plataformas.

Aplicaciones móviles y dispositivos portátiles

Las aplicaciones pueden utilizarse para educación, recordatorios, registro de síntomas y seguimiento.

Los dispositivos portátiles permiten recopilar información relacionada con actividad, frecuencia cardíaca u otras variables.

Estas herramientas pueden aumentar la participación del paciente, pero su calidad y precisión son variables.

La disponibilidad comercial no equivale a validación clínica.

Por ello, los profesionales deberían mantener prudencia al recomendar herramientas específicas.

La cantidad de datos tampoco garantiza utilidad.

Un dispositivo puede generar cientos de mediciones sin que todas posean significado clínico.

La integración debe concentrarse en información capaz de contribuir razonablemente a una decisión.

Monitoreo remoto y responsabilidad profesional

El monitoreo modifica la relación al permitir que información generada fuera del establecimiento llegue al equipo.

Este proceso necesita reglas claras.

El paciente debe saber qué datos son revisados, con qué frecuencia y qué debe hacer ante una situación urgente.

La organización, por su parte, necesita determinar quién posee responsabilidad sobre las alertas.

La ausencia de estas definiciones puede crear expectativas peligrosas.

Un programa de monitoreo no equivale necesariamente a vigilancia continua.

La seguridad depende de comunicar explícitamente sus límites.

Alfabetización sanitaria y digital

La participación en servicios digitales requiere determinadas competencias.

La alfabetización digital no consiste simplemente en disponer de un teléfono. Incluye capacidad para utilizar sistemas, interpretar información y reconocer fuentes confiables.

Las dificultades pueden aparecer en diferentes edades y niveles educativos.

La respuesta no debería consistir en excluir a quienes presentan menor habilidad.

Las organizaciones pueden ofrecer interfaces más simples, instrucciones y apoyo.

La tecnología debe adaptarse progresivamente a la diversidad de usuarios.

La alfabetización sanitaria continúa siendo igualmente importante, porque acceder a resultados o recomendaciones no garantiza comprender su significado.

Brecha digital y equidad

La transformación digital puede ampliar acceso y simultáneamente generar nuevas desigualdades.

Las diferencias en conectividad, disponibilidad de dispositivos y habilidades tecnológicas pueden limitar la participación de determinadas poblaciones. Cunha et al. (2023) identificaron estas barreras al analizar el acceso a telemedicina entre grupos vulnerables.

Esta situación obliga a considerar equidad desde el diseño.

Una estrategia puede ser técnicamente excelente y resultar inequitativa cuando solamente puede utilizarla una parte de la población.

Los servicios necesitan analizar quién utiliza las plataformas, quién no puede utilizarlas y por qué.

La opción digital debería ampliar las vías de acceso y no convertirse automáticamente en la única.

Accesibilidad digital

La accesibilidad constituye una dimensión específica de la equidad.

Las personas con limitaciones visuales, auditivas, cognitivas o motoras pueden necesitar características diferentes.

Los sistemas digitales deberían considerar lectores de pantalla, tamaño de texto, subtítulos y navegación sencilla cuando corresponda.

La accesibilidad necesita evaluarse con usuarios reales.

Una herramienta puede cumplir determinados estándares técnicos y continuar siendo difícil de utilizar.

El principio central consiste en diseñar para la diversidad y no exclusivamente para un usuario promedio.

Privacidad, confidencialidad y confianza

La digitalización incrementa la cantidad de datos almacenados e intercambiados.

Esto genera nuevas responsabilidades relacionadas con privacidad y seguridad de la información.

Los sistemas sanitarios deben establecer mecanismos para limitar accesos no autorizados y garantizar que los datos sean utilizados para finalidades legítimas.

La confidencialidad continúa siendo un elemento esencial de la relación terapéutica.

Un incidente de seguridad informática puede afectar la confianza y producir consecuencias personales importantes.

La privacidad debe incorporarse desde las etapas iniciales del diseño y no como una corrección posterior.

Consentimiento y utilización de datos

El consentimiento digital necesita ser suficientemente comprensible.

Aceptar automáticamente términos extensos no garantiza que una persona conozca cómo será utilizada su información.

Esto adquiere mayor relevancia cuando los datos pueden emplearse para investigación, desarrollo tecnológico o entrenamiento de sistemas algorítmicos.

Las instituciones necesitan diferenciar aceptación formal de comprensión real.

La transparencia fortalece la confianza.

Los pacientes deberían conocer, en la medida razonable, qué información se recopila, con qué finalidad y quién puede acceder a ella.

Sistemas de apoyo y sesgo de automatización

Los sistemas digitales pueden presentar alertas, estimaciones y recomendaciones.

Estas herramientas pueden apoyar el razonamiento, pero también generan un riesgo de dependencia excesiva conocido como **sesgo de automatización**, mediante el cual las personas tienden a otorgar un peso desproporcionado a las recomendaciones de un sistema automatizado.

Este riesgo adquiere especial relevancia cuando los algoritmos poseen alta apariencia de precisión.

El profesional debe mantener capacidad para cuestionar una recomendación.

Una herramienta puede procesar grandes cantidades de información y continuar utilizando datos incompletos o presentar menor rendimiento en determinadas poblaciones.

La autonomía profesional requiere utilizar la tecnología como soporte y no como sustituto automático del razonamiento.

Inteligencia artificial y relación terapéutica

La inteligencia artificial puede apoyar análisis de datos, documentación y determinadas tareas de decisión.

Su efecto sobre la relación profesional-paciente dependerá de cómo se integre.

Una herramienta capaz de disminuir carga administrativa podría liberar tiempo para interacción humana.

En cambio, un sistema que introduce múltiples verificaciones o genera recomendaciones difíciles de explicar puede complicar la comunicación.

La OMS ha establecido principios relacionados con autonomía, transparencia, seguridad, responsabilidad y equidad para la utilización de inteligencia artificial en salud (WHO, 2021).

La responsabilidad profesional continúa siendo fundamental.

El paciente debe poder identificar quién responde clínicamente por una decisión y no quedar frente a una recomendación atribuida de manera indefinida a "el sistema".

Datos generados por los pacientes

Los dispositivos y aplicaciones permiten producir información fuera del entorno clínico.

Esto amplía la perspectiva longitudinal.

Sin embargo, integrar todos los datos disponibles puede resultar imposible y poco útil.

Los programas necesitan seleccionar qué variables poseen relevancia, cómo serán interpretadas y qué acciones generarán.

El exceso de información puede aumentar la carga cognitiva.

La calidad depende de transformar datos en conocimiento útil.

La digitalización debería mejorar la capacidad para tomar decisiones y no únicamente incrementar la cantidad de información almacenada.

Apoyo digital a decisiones compartidas

Las herramientas digitales pueden facilitar la presentación de alternativas, riesgos y beneficios.

Los pacientes pueden revisar información antes de la consulta y preparar preguntas.

Esto puede enriquecer las decisiones compartidas.

Sin embargo, la herramienta no sustituye la deliberación.

Dos personas pueden interpretar las mismas probabilidades y valorar de manera diferente las posibles consecuencias.

El profesional continúa siendo necesario para contextualizar la evidencia y ayudar a explorar preferencias.

La tecnología puede preparar la conversación; no debería reemplazarla.

Interoperabilidad y continuidad digital

La continuidad depende de que la información pueda circular de manera segura entre los servicios pertinentes.

Digitalizar diferentes instituciones mediante plataformas incompatibles puede producir una forma nueva de fragmentación.

La interoperabilidad busca disminuir este problema.

Sin embargo, compartir información necesita combinar accesibilidad y protección.

No todos los usuarios deberían tener acceso a todos los datos.

La gobernanza debe establecer permisos proporcionados a las funciones profesionales y a las necesidades del cuidado.

La transformación digital alcanza mayor valor cuando conecta la trayectoria asistencial y no únicamente automatiza servicios aislados.

Carga digital y bienestar profesional

La transformación digital puede introducir mensajes, alertas, documentación y plataformas adicionales.

Estas cargas deben evaluarse.

Una innovación que produce beneficios clínicos limitados y aumenta significativamente el trabajo administrativo puede resultar poco sostenible.

El bienestar profesional constituye una dimensión importante de evaluación porque el sistema depende de que los trabajadores puedan incorporar las nuevas herramientas dentro de condiciones razonables.

La tecnología debería reducir actividades redundantes y favorecer acceso a información.

Cuando produce el efecto contrario, necesita rediseño.

Evaluación de la experiencia digital

La adopción de una plataforma no demuestra automáticamente que funcione adecuadamente.

Las organizaciones deben analizar facilidad de uso, confianza, accesibilidad, percepción de privacidad y efectos sobre la relación.

También resulta importante estudiar a quienes no utilizan las herramientas.

Su ausencia de los registros digitales puede ocultar precisamente a poblaciones con mayores barreras.

La evaluación necesita evitar considerar solamente a los usuarios que lograron adaptarse exitosamente.

Preservación de alternativas humanas

No todas las interacciones deben digitalizarse.

Existen situaciones donde la presencia física posee una función clínica o relacional relevante.

La transformación responsable busca seleccionar el canal según las necesidades.

Los servicios digitales deberían ampliar posibilidades.

Cuando la tecnología se convierte obligatoriamente en la única vía, puede disminuir flexibilidad y generar exclusión.

El objetivo es construir sistemas capaces de combinar herramientas sin perder capacidad de responder individualmente.

Síntesis integradora

La salud digital está transformando profundamente la relación profesional-paciente al modificar los canales de comunicación, el acceso a información y la participación en el seguimiento.

Estas posibilidades pueden fortalecer autonomía y continuidad, pero también generan desafíos relacionados con privacidad, alfabetización, carga digital, accesibilidad y equidad.

La experiencia acumulada con modalidades digitales demuestra que los beneficios no se distribuyen automáticamente entre todas las poblaciones y que las barreras tecnológicas pueden afectar especialmente a determinados grupos (Cunha et al., 2023).

Asimismo, la incorporación de sistemas algorítmicos e inteligencia artificial exige preservar supervisión, transparencia y responsabilidad profesional (WHO, 2021).

En consecuencia, una transformación digital centrada en las personas debe evaluar **efectividad clínica, usabilidad, privacidad, interoperabilidad, accesibilidad, equidad y calidad de la relación terapéutica**.

El objetivo no consiste en sustituir encuentros humanos por interfaces, sino en utilizar la tecnología cuando aporta valor para disminuir barreras, mejorar información y facilitar continuidad.

La relación profesional-paciente mantiene su importancia porque es el espacio donde los datos, la evidencia científica y las circunstancias individuales adquieren significado para construir decisiones de cuidado.

5.3. Telemedicina y telesalud en la continuidad del cuidado

La telemedicina y la telesalud constituyen modalidades de atención apoyadas en tecnologías de información y comunicación que permiten desarrollar determinadas actividades sanitarias cuando profesionales y pacientes no se encuentran físicamente en el mismo lugar. Aunque ambos términos se utilizan con frecuencia de manera intercambiable, la telesalud representa un concepto más amplio que puede incorporar actividades clínicas, educativas, preventivas y de coordinación, mientras que la telemedicina suele referirse específicamente a la prestación remota de servicios clínicos.

La expansión de estas modalidades se aceleró durante la pandemia de COVID-19 y permitió mantener parte de la atención cuando los encuentros presenciales se encontraban restringidos. Esta experiencia mostró que la atención remota puede mejorar acceso y continuidad en determinados escenarios, pero también evidenció limitaciones relacionadas con conectividad, alfabetización digital, privacidad, exploración física y desigualdades.

Cunha et al. (2023) señalaron que la rápida expansión de la telemedicina permitió mantener determinados servicios y, simultáneamente, hizo visibles barreras particularmente relevantes entre poblaciones vulnerables. Por ello, la telemedicina debe comprenderse como **una modalidad complementaria integrada al sistema asistencial y no como sustituto universal de la presencialidad**.

Telemedicina y continuidad asistencial

Uno de los principales beneficios potenciales consiste en mantener contacto entre encuentros presenciales.

Las personas con enfermedades crónicas pueden necesitar seguimiento periódico, revisión de resultados, educación o ajustes que no siempre requieren desplazamiento hacia una institución.

La atención remota puede disminuir barreras geográficas y favorecer una relación más longitudinal.

Sin embargo, realizar una consulta a distancia no garantiza continuidad.

Una teleconsulta aislada por un profesional sin acceso a antecedentes puede aumentar acceso inmediato y simultáneamente generar fragmentación.

La continuidad aparece cuando la interacción remota forma parte del mismo plan asistencial, la información se integra con los registros clínicos y existe claridad respecto del seguimiento posterior.

Modalidades sincrónicas y asincrónicas

La telesalud puede desarrollarse mediante modalidades sincrónicas y asincrónicas.

La comunicación sincrónica ocurre en tiempo real, mediante videollamada o conversación telefónica. Permite realizar preguntas, aclarar información y responder inmediatamente.

La modalidad asincrónica implica que determinada información es enviada y posteriormente revisada. Puede incluir mensajes seguros, fotografías, cuestionarios o datos de dispositivos.

Cada modalidad puede resultar apropiada para necesidades diferentes.

Una fotografía puede ser útil para determinados seguimientos y completamente insuficiente para una situación que requiere valoración inmediata.

Los sistemas necesitan establecer criterios claros sobre qué tipo de comunicación puede utilizarse para cada finalidad.

También deben informar los tiempos de respuesta.

Una plataforma asincrónica no debe interpretarse como un servicio de emergencia.

Teleconsulta y límites de la valoración remota

La teleconsulta permite desarrollar anamnesis, revisar resultados, proporcionar educación y realizar determinados componentes de la valoración clínica.

Sin embargo, presenta límites respecto de la exploración física.

La seguridad requiere reconocer cuándo la información obtenida es insuficiente.

El profesional debe poder recomendar una consulta presencial cuando existen signos que no pueden evaluarse adecuadamente a distancia, deterioro clínico, incertidumbre diagnóstica importante o necesidad de procedimientos.

La telemedicina no pierde valor por reconocer sus límites.

Por el contrario, esta capacidad constituye uno de los elementos que la hacen más segura.

El error aparece cuando se intenta mantener artificialmente la modalidad remota pese a que la situación necesita presencialidad.

Selección de la modalidad asistencial

La decisión entre atención presencial y remota debería considerar el motivo de consulta, características clínicas, acceso tecnológico, capacidad del paciente y necesidad de exploración.

No todas las personas con el mismo diagnóstico necesitan necesariamente la misma modalidad.

La elección puede cambiar durante el encuentro.

Una consulta programada remotamente puede transformarse en derivación presencial cuando aparecen señales de alarma.

Esta capacidad de escalamiento es esencial.

Los modelos híbridos deberían ofrecer caminos claros entre modalidades y evitar que el paciente tenga que comenzar nuevamente todo el proceso cuando necesita cambiar de canal.

Enfermedades crónicas

La telemedicina posee particular interés en condiciones que requieren seguimiento longitudinal.

Ezeamii et al. (2024) analizaron diferentes intervenciones en el manejo de enfermedades crónicas e identificaron beneficios potenciales relacionados con acceso, resultados y experiencia, aunque destacaron heterogeneidad entre modalidades y poblaciones.

Li et al. (2025) encontraron también efectos favorables sobre determinadas dimensiones de alfabetización y manejo de enfermedades crónicas.

Estos resultados no deben interpretarse como evidencia de que cualquier intervención remota será efectiva.

La telemedicina abarca estrategias muy diferentes.

Una videollamada ocasional no equivale a un programa que combina monitoreo domiciliario, educación, seguimiento de enfermería y comunicación con el equipo médico.

La evaluación necesita identificar qué componentes explican los resultados.

Riesgo cardiovascular y seguimiento remoto

Las estrategias de telesalud han sido utilizadas en hipertensión, diabetes y otros factores de riesgo cardiovascular.

Mihevc et al. (2024), en una revisión sistemática de intervenciones de telemedicina en atención primaria, identificaron efectos favorables sobre algunos indicadores de riesgo cardiovascular, aunque los resultados variaron de acuerdo con la modalidad y la población.

La heterogeneidad vuelve a ser importante.

Los beneficios no pueden atribuirse únicamente a la tecnología.

El seguimiento profesional, la frecuencia de contacto, la educación y la capacidad para ajustar tratamientos pueden contribuir significativamente.

Por ello, el análisis debe centrarse en el modelo completo de intervención.

Enfermería y telesalud

La enfermería puede desempeñar funciones importantes en seguimiento remoto, educación, valoración de síntomas y coordinación.

Charalambous et al. (2024), al revisar servicios de telesalud liderados por profesionales de enfermería avanzada, encontraron posibilidades para mejorar acceso y prestación de cuidados, pero señalaron también la importancia de fortalecer competencias específicas para la modalidad remota.

Esto demuestra que utilizar una plataforma tecnológica no constituye por sí mismo una competencia clínica.

La valoración a distancia requiere capacidad para obtener información precisa, reconocer señales de alarma y decidir cuándo la consulta remota deja de ser suficiente.

La formación profesional necesita incorporar estas habilidades.

Seguimiento después del alta

El periodo posterior al alta representa un momento donde la telesalud puede contribuir a mantener continuidad.

Las personas pueden experimentar dudas relacionadas con medicamentos, cuidados, citas o síntomas nuevos.

Un contacto remoto temprano puede identificar estos problemas antes de que produzcan complicaciones.

Sin embargo, la llamada o videoconferencia debe encontrarse integrada dentro de un sistema capaz de responder.

Identificar un problema sin disponer de mecanismos para resolverlo ofrece un beneficio limitado.

La planificación del seguimiento necesita establecer quién realizará el contacto, qué aspectos valorará y cómo se escalarán las situaciones relevantes.

Acceso geográfico y territorial

La reducción de desplazamientos constituye una de las ventajas más evidentes.

Esto puede resultar especialmente importante para personas que viven en áreas rurales o alejadas de centros especializados.

La telemedicina permite acercar determinadas competencias profesionales sin requerir que el paciente viaje grandes distancias.

Sin embargo, la falta de conectividad puede limitar precisamente a estas poblaciones.

Por ello, los modelos pueden utilizar soluciones intermedias.

Un paciente puede acudir a un establecimiento comunitario donde recibe apoyo para conectarse con un especialista ubicado en otra región.

La atención remota no implica necesariamente atención domiciliaria.

Carga de desplazamiento y preferencias

Las consultas presenciales pueden generar gastos de transporte, pérdida de tiempo laboral y necesidades de acompañamiento.

La modalidad remota puede disminuir estas cargas.

Sin embargo, no todas las personas la prefieren.

Algunos pacientes pueden sentirse más seguros durante una consulta presencial o presentar dificultades para utilizar dispositivos.

La preferencia debe considerarse cuando ambas modalidades resultan clínicamente apropiadas.

La eficiencia institucional no debería convertirse en el único criterio para seleccionar el canal.

Una consulta menos costosa para la organización puede trasladar dificultades hacia el usuario.

Relación terapéutica a distancia

La calidad de la relación puede mantenerse durante una consulta remota cuando existe comunicación adecuada.

Una relación previa puede facilitar particularmente este proceso.

El profesional necesita adaptar habilidades.

Mirar constantemente otra pantalla, realizar múltiples tareas o no explicar silencios relacionados con documentación puede disminuir la percepción de atención.

La consulta digital necesita organizarse para conservar presencia y escucha.

La tecnología constituye el canal; la relación continúa dependiendo del comportamiento profesional.

Privacidad y confidencialidad

La consulta remota introduce nuevas condiciones de privacidad.

El paciente puede encontrarse en un entorno donde otras personas escuchan.

El profesional necesita también asegurar un espacio adecuado.

Puede resultar útil confirmar al inicio si la persona dispone de suficiente privacidad para abordar determinados temas.

Las plataformas deben utilizar mecanismos razonables de protección de información.

La confidencialidad mantiene el mismo valor ético que durante una consulta presencial.

Cambiar de medio no disminuye las obligaciones profesionales.

Consentimiento y comprensión del servicio

La persona debería conocer las características principales de la modalidad remota.

Esto incluye posibles limitaciones y circunstancias en las que podría necesitar una valoración presencial.

También conviene establecer qué ocurrirá si la comunicación se interrumpe.

Los planes de contingencia poseen particular importancia cuando existe un problema clínico relevante.

El consentimiento no necesita convertirse en un procedimiento burocrático desproporcionado, pero debe existir suficiente información para que el paciente comprenda las condiciones del encuentro.

Brecha digital como barrera

Las diferencias de conectividad, disponibilidad de dispositivos y competencias digitales pueden limitar la utilización de telemedicina.

Cunha et al. (2023) identificaron este tipo de barreras especialmente entre poblaciones vulnerables.

Por ello, la brecha digital debe considerarse **una de las principales barreras potenciales**, cuya magnitud depende del contexto.

No resulta apropiado asumir que todas las personas mayores tendrán dificultades ni que todos los jóvenes manejarán fácilmente las plataformas.

La valoración debe ser individual.

El sistema necesita ofrecer apoyo y alternativas cuando la modalidad digital no resulta viable.

Alfabetización y apoyo tecnológico

Las personas necesitan comprender cómo acceder al servicio y utilizar las funciones básicas.

Un procedimiento excesivamente complejo puede consumir gran parte de la consulta o impedir que ocurra.

Las instrucciones deberían ser sencillas y encontrarse disponibles antes del encuentro.

Cuando sea posible, el apoyo técnico puede resolver problemas sin utilizar el tiempo clínico.

La calidad de la telesalud comienza antes de la videollamada.

La facilidad para ingresar, identificarse y solicitar ayuda forma parte de la experiencia asistencial.

Accesibilidad para personas con discapacidad

Las plataformas deben considerar diferentes necesidades.

Las personas con discapacidad auditiva pueden necesitar subtítulos o mecanismos alternativos de comunicación. Las limitaciones visuales pueden requerir interfaces compatibles con tecnologías de asistencia.

La accesibilidad debe incorporarse desde el diseño.

Una solución que excluye sistemáticamente a determinadas personas presenta una deficiencia de calidad, aun cuando funcione adecuadamente para la mayoría.

La innovación equitativa necesita evaluar las herramientas con usuarios diversos.

Monitoreo remoto dentro de telesalud

El monitoreo puede complementar las consultas mediante parámetros obtenidos en el domicilio.

Presión arterial, glucosa o saturación constituyen ejemplos utilizados en determinados programas.

Sin embargo, cada variable genera nuevas responsabilidades.

El equipo debe determinar qué valores serán revisados y cómo responderá.

El paciente también debe conocer qué mediciones requieren buscar asistencia inmediatamente y cuáles pueden esperar a la revisión programada.

La claridad evita una falsa percepción de vigilancia permanente.

Alertas y capacidad operativa

Los sistemas de monitoreo pueden generar múltiples alertas.

Si una proporción elevada carece de relevancia clínica, los profesionales pueden desarrollar fatiga y disminuir su capacidad para distinguir aquellas realmente importantes.

Por ello, los umbrales necesitan ajustarse.

Una alerta posee mayor valor cuando se encuentra vinculada con una acción.

Detectar centenares de alteraciones sin capacidad para responder puede aumentar carga sin mejorar resultados.

La tecnología debe corresponder con la capacidad operativa real del servicio.

Interdisciplinariedad remota

La telesalud también puede facilitar comunicación entre profesionales ubicados en diferentes lugares.

Un especialista puede participar en decisiones sin necesidad de trasladarse.

Esto puede ampliar acceso a conocimientos especializados.

Sin embargo, la multiplicación de interconsultas digitales no garantiza integración.

Las recomendaciones necesitan incorporarse a un plan común.

La información debería encontrarse disponible para el equipo principal.

De lo contrario, la tecnología puede simplemente digitalizar la fragmentación ya existente.

Telemedicina y atención primaria

La atención remota posee especial potencial cuando se integra dentro de relaciones longitudinales.

La atención primaria puede mantener una visión global, mientras que especialistas participan remotamente cuando es necesario.

Este modelo combina continuidad relacional y acceso especializado.

Las consultas completamente aisladas pueden resolver problemas puntuales, pero resultan menos adecuadas para determinadas necesidades complejas.

La integración con el equipo habitual aumenta la posibilidad de que las decisiones posteriores mantengan coherencia.

Resultados y evaluación

La evidencia reciente muestra resultados favorables en diferentes escenarios, pero continúa existiendo heterogeneidad. Ezeamii et al. (2024), Mihevc et al. (2024) y Li et al. (2025) describen beneficios potenciales en determinados resultados y poblaciones, pero las diferencias metodológicas obligan a evitar generalizaciones absolutas.

La evaluación debería considerar resultados clínicos, seguridad, acceso, experiencia, costos y equidad.

La satisfacción no debe utilizarse como único indicador.

Un servicio puede resultar cómodo y presentar limitaciones clínicas.

De manera semejante, una intervención efectiva puede resultar inaccesible para parte de la población.

La calidad requiere integrar estas dimensiones.

Modelos híbridos como estrategia de continuidad

La experiencia acumulada favorece una concepción híbrida donde las modalidades se seleccionan según la necesidad.

Este modelo permite utilizar presencialidad cuando existe necesidad de exploración física y atención remota cuando puede disminuir barreras sin comprometer seguridad.

El objetivo consiste en evitar que los canales funcionen como servicios separados.

El paciente debería percibir una trayectoria única.

Los registros, decisiones y responsabilidades necesitan mantenerse conectados independientemente de si el encuentro ocurrió presencialmente, por video o mediante otro medio.

Evaluación económica y sostenibilidad

La telemedicina puede disminuir determinados costos relacionados con transporte y utilización de infraestructura.

Sin embargo, necesita inversiones en plataformas, mantenimiento, conectividad, formación y soporte.

La evaluación económica debe considerar tanto al sistema como al paciente.

Un modelo que disminuye costos institucionales y obliga a los usuarios a adquirir equipos costosos puede trasladar el problema.

La sostenibilidad también depende del flujo de trabajo.

Un programa que solamente puede mantenerse mediante esfuerzos extraordinarios del equipo tendrá dificultades para consolidarse.

Gobernanza y calidad de telesalud

La atención remota necesita integrarse dentro de los mismos sistemas de calidad y seguridad utilizados para otras modalidades.

Deben existir mecanismos para identificación, documentación, confidencialidad, seguimiento, respuesta ante emergencias y reporte de problemas.

La innovación tecnológica no justifica reducir estándares clínicos.

Los servicios también necesitan evaluar periódicamente desempeño y experiencia.

Los problemas técnicos forman parte de la calidad cuando pueden interferir con decisiones.

La gobernanza permite establecer quién responde ante estas situaciones.

Síntesis integradora

La telemedicina y la telesalud pueden fortalecer la continuidad cuando se integran adecuadamente dentro del sistema asistencial. Sus principales posibilidades se relacionan con disminución de determinadas barreras geográficas, seguimiento longitudinal y acceso a profesionales.

La evidencia contemporánea describe beneficios en enfermedades crónicas, factores de riesgo cardiovascular y modelos donde profesionales de enfermería participan activamente en la atención remota, aunque los efectos continúan dependiendo de la modalidad, población y contexto (Charalambous et al., 2024; Ezeamii et al., 2024; Li et al., 2025; Mihevc et al., 2024).

Al mismo tiempo, las desigualdades de acceso tecnológico constituyen una barrera importante y requieren estrategias específicas para evitar que la atención digital produzca nuevas formas de exclusión (Cunha et al., 2023).

Por ello, la telemedicina no debería considerarse sustituto universal de la presencialidad. Su mayor potencial aparece dentro de **modelos híbridos que seleccionan el canal de acuerdo con las necesidades clínicas, mantienen capacidad para escalar hacia atención presencial e integran toda la información dentro de una trayectoria común**.

La calidad depende de tecnología, pero también de selección apropiada, comunicación, privacidad, competencias profesionales, accesibilidad e interoperabilidad.

La telesalud alcanza verdadero valor cuando permite disminuir la distancia física sin aumentar la distancia clínica o relacional entre las personas y sus equipos de cuidado.

5.4. Inteligencia artificial aplicada a la atención del paciente

La inteligencia artificial (IA) se ha consolidado como una de las áreas de innovación tecnológica con mayor capacidad potencial para transformar la atención sanitaria. Su incorporación comprende sistemas capaces de procesar grandes volúmenes de información, reconocer patrones, estimar riesgos, apoyar procesos diagnósticos, facilitar determinadas decisiones clínicas y automatizar tareas administrativas. No obstante, la utilización de estas tecnologías en contextos sanitarios requiere criterios especialmente rigurosos, debido a que sus resultados pueden influir directamente en decisiones relacionadas con la seguridad, la autonomía, el bienestar y la vida de las personas.

La IA aplicada a la salud no constituye una tecnología homogénea. Comprende diferentes métodos y aplicaciones, entre ellos el aprendizaje automático, el aprendizaje profundo, el procesamiento del lenguaje natural, la visión computacional y, más recientemente, los sistemas de inteligencia artificial generativa y los grandes modelos multimodales. Cada una de estas tecnologías presenta posibilidades, niveles de evidencia, limitaciones y riesgos diferentes, por lo que no resulta apropiado valorar la IA sanitaria como si se tratara de una intervención única.

La Organización Mundial de la Salud establece que el desarrollo y utilización de la IA en salud debe proteger la autonomía humana, promover el bienestar y la seguridad, garantizar transparencia, favorecer la responsabilidad, asegurar inclusión y equidad y desarrollar sistemas sostenibles y capaces de responder a las necesidades humanas (World Health Organization [WHO], 2021). Estos principios adquieren especial relevancia porque un sistema con elevado rendimiento computacional no necesariamente produce mejores resultados clínicos cuando se traslada a escenarios asistenciales reales.

En consecuencia, la IA debe entenderse fundamentalmente como una **tecnología de apoyo al razonamiento y al cuidado**, y no como un mecanismo destinado a sustituir automáticamente la responsabilidad de los profesionales sanitarios.

Inteligencia artificial y apoyo a la decisión clínica

Los sistemas de apoyo a las decisiones clínicas pueden utilizar información procedente de historias clínicas, resultados de laboratorio, imágenes, antecedentes y otras fuentes para proporcionar alertas, clasificaciones de riesgo o recomendaciones.

La IA amplía estas posibilidades al permitir el análisis simultáneo de numerosas variables y detectar relaciones que podrían resultar difíciles de identificar mediante procedimientos convencionales.

Sin embargo, una recomendación algorítmica no constituye por sí misma una decisión clínica.

El resultado necesita interpretarse considerando la situación del paciente, la calidad de los datos disponibles, la evidencia científica, las alternativas terapéuticas y las preferencias individuales.

Esta distinción resulta esencial para evitar que la tecnología sustituya procesos deliberativos que requieren juicio profesional.

La IA puede ampliar la información disponible; corresponde al profesional valorar su pertinencia dentro del contexto específico.

Inteligencia artificial aplicada al diagnóstico

El apoyo diagnóstico constituye una de las aplicaciones más desarrolladas de la IA sanitaria. Los sistemas de visión computacional pueden analizar imágenes radiológicas, dermatológicas, oftalmológicas y anatomopatológicas, mientras otros algoritmos pueden integrar resultados clínicos y de laboratorio.

Estas tecnologías poseen capacidad para identificar patrones complejos y apoyar la detección de determinadas alteraciones.

No obstante, el rendimiento observado durante el desarrollo de un algoritmo no garantiza automáticamente resultados equivalentes en otros establecimientos o poblaciones.

Las diferencias demográficas, epidemiológicas, tecnológicas y organizacionales pueden modificar su desempeño.

Por ello, resulta necesaria la validación externa antes de utilizar estos sistemas ampliamente y la vigilancia de su funcionamiento una vez incorporados a la práctica.

Predicción de riesgos y deterioro clínico

Los modelos predictivos constituyen otra aplicación relevante. Mediante el análisis de variables clínicas pueden estimar la probabilidad de determinados eventos, como deterioro, complicaciones, reingresos o necesidad de intervenciones adicionales.

Esta capacidad puede contribuir a desarrollar modelos de atención más anticipatorios.

Sin embargo, una predicción solamente adquiere valor clínico cuando existe capacidad para responder.

Identificar un elevado número de personas como pacientes de riesgo sin disponer de recursos suficientes para intervenir puede aumentar la carga profesional sin producir beneficios proporcionales.

También deben considerarse los falsos positivos y falsos negativos.

Un sistema excesivamente sensible puede generar numerosas alertas innecesarias, mientras otro demasiado específico podría no detectar pacientes que necesitan atención.

Por ello, la evaluación de los modelos predictivos debe considerar no solamente indicadores estadísticos, sino sus consecuencias clínicas reales.

Inteligencia artificial en enfermería

La IA también posee aplicaciones relevantes para la práctica de enfermería. Puede apoyar procesos relacionados con vigilancia clínica, identificación de deterioro, prevención de determinados eventos adversos, planificación del cuidado, seguimiento y documentación.

La importancia de estas tecnologías para enfermería deriva de la gran cantidad de información que los profesionales recopilan durante la atención.

No obstante, la utilidad de una herramienta depende de su integración con los procesos reales de cuidado.

Un sistema puede presentar elevada precisión y resultar poco útil cuando genera demasiadas alertas o exige actividades adicionales incompatibles con la dinámica del servicio.

Por ello, los profesionales de enfermería deben participar en el diseño, selección, implementación y evaluación de tecnologías destinadas a apoyar su práctica.

La incorporación de IA no debe significar una pérdida de autonomía profesional, sino una oportunidad para mejorar la disponibilidad y utilización de información clínicamente relevante.

Personalización de la atención

Una de las principales posibilidades de la IA consiste en analizar diferencias entre pacientes que presentan diagnósticos semejantes.

Los algoritmos pueden integrar antecedentes, características clínicas, respuestas terapéuticas y otros datos para desarrollar estimaciones más individualizadas.

Esta posibilidad se relaciona con el desarrollo de modelos de atención personalizada.

Sin embargo, es necesario diferenciar **personalización algorítmica de atención centrada en la persona**.

Un sistema puede utilizar cientos de variables para estimar qué intervención posee mayor probabilidad de producir determinado resultado y desconocer simultáneamente qué resultado considera prioritario el paciente.

Por ello, la personalización tecnológica debe complementarse con comunicación y decisiones compartidas.

Las predicciones permiten estimar posibilidades; las preferencias humanas permiten determinar cuáles de esas posibilidades poseen significado para una persona concreta.

Procesamiento del lenguaje natural y documentación

Los sistemas de procesamiento del lenguaje natural pueden analizar información contenida en notas clínicas y otros documentos.

También pueden apoyar la elaboración de resúmenes y determinadas actividades de documentación.

Estas aplicaciones podrían disminuir parte de la carga administrativa asociada con los registros sanitarios.

Sin embargo, cualquier información generada automáticamente necesita supervisión.

Un sistema puede producir un texto lingüísticamente coherente y clínicamente incorrecto.

Por ello, **fluidez lingüística y exactitud clínica no deben considerarse equivalentes**.

El profesional continúa siendo responsable de verificar que la documentación incorporada a la historia clínica represente correctamente la situación del paciente.

Inteligencia artificial generativa

La aparición de sistemas generativos ha ampliado considerablemente el debate sobre IA sanitaria. Estas herramientas pueden producir texto, imágenes y otras formas de contenido y potencialmente utilizarse para educación sanitaria, documentación, síntesis de información y determinadas actividades de apoyo.

Sin embargo, presentan riesgos particulares.

Los modelos pueden generar afirmaciones plausibles pero incorrectas, incompletas o sesgadas.

La OMS (2024) advierte precisamente que los grandes modelos multimodales aplicados a salud requieren mecanismos específicos de gobernanza, evaluación, transparencia y supervisión humana.

Estas características obligan a establecer procesos de verificación especialmente rigurosos.

La capacidad de producir respuestas convincentes no constituye evidencia de exactitud.

En contextos sanitarios, una respuesta aparentemente segura puede resultar peligrosa cuando contiene información errónea que no es identificada por el usuario.

Calidad y representatividad de los datos

El funcionamiento de los sistemas de IA depende de los datos utilizados durante su desarrollo y evaluación.

Datos incompletos, incorrectos o insuficientemente representativos pueden producir modelos con desempeño desigual.

Esta situación posee importantes implicaciones para la equidad.

Un sistema entrenado principalmente con información procedente de determinados grupos puede presentar menor precisión cuando se utiliza en poblaciones diferentes.

La OMS (2021) advierte que los sistemas desarrollados con datos poco representativos pueden reproducir o intensificar desigualdades existentes.

Por ello, la calidad debe analizarse no solamente en términos de cantidad de información disponible, sino también de representatividad, exactitud, actualidad y pertinencia.

Sesgos algorítmicos y equidad

Los sistemas de IA pueden reproducir sesgos presentes en los datos utilizados para entrenarlos.

Cuando determinados grupos han tenido históricamente menor acceso a servicios, sus registros pueden reflejar esa desigualdad.

Un algoritmo que aprende directamente de esos datos puede interpretar diferencias producidas por inequidad como si representaran diferencias naturales de necesidad.

Por esta razón, el desempeño debería analizarse entre diferentes grupos cuando resulte metodológica y éticamente pertinente.

Una precisión global elevada puede ocultar errores importantes en poblaciones específicas.

La equidad debe constituir, por tanto, un criterio de evaluación desde el desarrollo hasta la utilización cotidiana de la herramienta.

Transparencia y explicabilidad

Los profesionales necesitan comprender suficientemente las características de los sistemas que utilizan.

Esto no significa que deban conocer cada operación matemática realizada por el algoritmo.

Significa disponer de información acerca de su finalidad, población de desarrollo, limitaciones, desempeño y circunstancias en las que no debería utilizarse.

La explicabilidad adquiere especial importancia cuando una recomendación puede modificar significativamente una decisión.

Aceptar una predicción sin comprender sus limitaciones puede generar dependencia tecnológica.

La transparencia permite desarrollar una relación más crítica y responsable con la herramienta.

Confianza calibrada y automatización

El objetivo de la formación profesional no debería ser conseguir que los trabajadores sanitarios confíen completamente en la IA.

Tampoco debería promover un rechazo sistemático.

Lo adecuado es desarrollar una **confianza calibrada**, proporcional a la evidencia y al desempeño de cada sistema.

Uno de los riesgos asociados es el sesgo de automatización, mediante el cual las personas pueden otorgar un peso excesivo a las recomendaciones generadas automáticamente.

Esto resulta especialmente peligroso cuando existe información clínica que contradice la recomendación.

El profesional necesita conservar capacidad para cuestionar el resultado y solicitar información adicional.

Autonomía del paciente

La incorporación de IA no debería disminuir la participación del paciente en las decisiones relacionadas con su salud.

Cuando una herramienta algorítmica influye de manera relevante en una recomendación, la persona debe recibir información suficiente para comprender las alternativas disponibles.

La OMS (2021) sitúa la protección de la autonomía humana entre los principios fundamentales para la utilización ética de IA en salud.

La expresión "el algoritmo lo recomienda" no constituye una explicación clínica suficiente.

La recomendación necesita contextualizarse y discutirse cuando existen diferentes alternativas razonables.

La IA puede informar una decisión; no sustituye el consentimiento ni la deliberación.

Privacidad y gobernanza

Los sistemas de IA pueden necesitar grandes cantidades de información clínica.

Esta característica incrementa las responsabilidades relacionadas con confidencialidad y seguridad.

Las instituciones deben establecer qué información puede utilizarse, quién puede acceder a ella, con qué finalidad y durante cuánto tiempo.

También deben considerar los usos secundarios.

Los datos recopilados inicialmente para proporcionar atención pueden posteriormente resultar atractivos para investigación o desarrollo de nuevos sistemas.

La gobernanza necesita establecer límites y responsabilidades.

La innovación no elimina el derecho de las personas a recibir protección sobre información relacionada con su salud.

Responsabilidad profesional e institucional

La IA introduce nuevas preguntas sobre responsabilidad.

Cuando una recomendación contribuye a un resultado adverso, pueden intervenir diferentes actores: desarrolladores, instituciones y profesionales.

Los marcos regulatorios continuarán evolucionando frente a estas situaciones.

Desde una perspectiva asistencial, debe mantenerse claramente identificada la responsabilidad humana sobre las decisiones clínicas.

Las instituciones también poseen responsabilidades.

No resulta razonable exigir al profesional que determine individualmente la seguridad técnica de cada algoritmo.

Las organizaciones necesitan desarrollar mecanismos para seleccionar, validar y supervisar los sistemas utilizados.

Evaluación antes y después de la implementación

Una herramienta debe ser evaluada antes de incorporarse a la atención.

La precisión constituye solamente una dimensión.

También deben considerarse seguridad, aplicabilidad, usabilidad, equidad e integración con el flujo asistencial.

La evaluación debe continuar después de su implementación.

Los patrones epidemiológicos pueden cambiar, los protocolos pueden modificarse y la población atendida puede diferir de aquella utilizada inicialmente para desarrollar el sistema.

La OMS (2024) enfatiza la importancia de la evaluación y supervisión durante la utilización de sistemas avanzados de IA.

Por ello, la vigilancia posterior constituye una condición de seguridad.

Formación de los profesionales sanitarios

La transformación tecnológica exige nuevas competencias.

Los profesionales no necesitan necesariamente convertirse en especialistas en programación, pero sí comprender conceptos básicos relacionados con datos, validación, sesgo, desempeño, incertidumbre y supervisión.

La alfabetización en IA debe favorecer pensamiento crítico.

Su finalidad no consiste en aumentar indiscriminadamente la aceptación tecnológica.

Busca que los profesionales puedan determinar cuándo una herramienta resulta útil, cuándo necesita ser cuestionada y cuándo no debería utilizarse.

Síntesis integradora

La inteligencia artificial posee importantes posibilidades para apoyar diagnóstico, predicción, vigilancia, documentación, personalización y toma de decisiones. No obstante, su valor sanitario no depende únicamente de su sofisticación tecnológica.

La evidencia y las orientaciones internacionales muestran que la IA necesita incorporarse mediante principios de seguridad, autonomía, transparencia, responsabilidad, equidad y sostenibilidad (WHO, 2021, 2024).

En consecuencia, **desempeño algorítmico no equivale automáticamente a calidad asistencial**.

La calidad emerge cuando una herramienta técnicamente adecuada se integra con evidencia científica, juicio profesional, sistemas seguros y participación del paciente.

La IA puede ampliar la capacidad para analizar información. Los profesionales aportan interpretación, responsabilidad y comprensión contextual. Los pacientes aportan valores, preferencias y prioridades.

El modelo más responsable no consiste en enfrentar inteligencia artificial e inteligencia humana, sino en determinar qué capacidades pueden complementarse y cuáles decisiones requieren necesariamente deliberación y responsabilidad humana.

Número de palabras: aproximadamente 3.100.

5.5. Tecnologías para el monitoreo y seguimiento personalizado

Las tecnologías de monitoreo y seguimiento personalizado están modificando la manera en que los sistemas sanitarios obtienen información sobre la evolución de las personas fuera de los encuentros asistenciales tradicionales. Dispositivos portátiles, sensores, aplicaciones móviles, equipos domiciliarios conectados y plataformas de monitoreo remoto permiten recopilar determinadas variables fisiológicas, síntomas y comportamientos relacionados con la salud durante periodos prolongados.

Esta posibilidad responde a una limitación histórica de la atención convencional. Una parte importante de la información clínica se obtiene durante consultas que representan momentos específicos dentro de la vida cotidiana del paciente. Entre esos encuentros pueden ocurrir cambios que permanecen desconocidos para el equipo sanitario.

Las tecnologías de seguimiento permiten ampliar esta ventana temporal.

Sin embargo, **obtener más datos no significa proporcionar automáticamente una atención más personalizada**.

La personalización requiere seleccionar información relevante, interpretar tendencias dentro del contexto clínico y utilizar los resultados para orientar intervenciones justificadas.

Del control periódico al seguimiento longitudinal

Una consulta proporciona información correspondiente a un momento determinado.

El seguimiento longitudinal permite observar cambios y tendencias durante periodos más amplios.

Esta característica puede resultar especialmente útil en enfermedades crónicas.

Una medición aislada de presión arterial, por ejemplo, puede encontrarse influida por factores circunstanciales, mientras que una serie obtenida mediante procedimientos adecuados puede proporcionar información adicional sobre el patrón habitual.

El mismo principio puede aplicarse a otras variables.

Sin embargo, aumentar la frecuencia de las mediciones solamente resulta útil cuando los datos poseen suficiente calidad y responden a una finalidad clínica.

Dispositivos portátiles

Los dispositivos portátiles o *wearables* incluyen relojes, pulseras, parches y otros sensores capaces de registrar determinadas variables fisiológicas o conductuales.

Pueden utilizarse para observar actividad física, frecuencia cardíaca, sueño y otras variables dependiendo del dispositivo y su finalidad.

El creciente desarrollo de estas tecnologías ha ampliado las posibilidades de obtener información fuera de las instituciones sanitarias.

No obstante, existe una diferencia fundamental entre un dispositivo destinado al bienestar general y otro validado para una finalidad clínica.

Que un equipo proporcione una cifra no significa que esa medición posea suficiente precisión para orientar una decisión sanitaria.

Los profesionales necesitan conocer la finalidad y las limitaciones de los dispositivos antes de incorporar sus datos al razonamiento clínico.

Equipos domiciliarios conectados

El monitoreo remoto también puede realizarse mediante tensiómetros, glucómetros, básculas, pulsioxímetros y otros equipos utilizados en el domicilio.

Cuando estos dispositivos se conectan a plataformas digitales, los resultados pueden transmitirse hacia los servicios sanitarios.

Esta modalidad puede facilitar el seguimiento de determinadas condiciones crónicas.

Sin embargo, necesita protocolos claramente establecidos.

La institución debe definir qué variables serán recopiladas, con qué frecuencia y quién revisará los resultados.

También necesita establecer qué valores requieren intervención.

El paciente debe recibir instrucciones suficientes para realizar correctamente las mediciones.

La calidad del dato depende tanto del dispositivo como de la manera en que se utiliza.

Sensores y tecnologías ambientales

Los sensores ambientales pueden proporcionar información sobre actividad, movilidad y determinados cambios en las rutinas cotidianas.

Estas herramientas pueden resultar relevantes en ciertos programas de seguimiento de personas mayores o pacientes con necesidades específicas.

No obstante, introducen desafíos particulares de privacidad.

La información obtenida dentro del domicilio puede revelar aspectos que exceden ampliamente la finalidad clínica.

Por ello, debe aplicarse el principio de proporcionalidad.

El hecho de que una tecnología pueda recopilar determinada información no significa que necesariamente deba hacerlo.

Los sistemas deberían obtener únicamente los datos necesarios para una finalidad previamente definida.

Aplicaciones móviles

Las aplicaciones móviles pueden utilizarse para registrar síntomas, medicamentos, actividad, alimentación u otras variables.

También pueden proporcionar recordatorios y materiales educativos.

Su disponibilidad ha facilitado la participación de las personas en determinados procesos de seguimiento.

Sin embargo, la calidad de las aplicaciones es variable.

La selección debería considerar evidencia, privacidad, facilidad de uso y pertinencia clínica.

Además, solicitar registros excesivamente frecuentes puede aumentar la carga para el usuario y disminuir la adherencia.

La personalización no consiste en registrar todo aquello que técnicamente puede medirse.

Consiste en seleccionar la información capaz de aportar valor.

Resultados reportados por pacientes

Los sensores no pueden representar completamente la experiencia de una enfermedad.

Síntomas como dolor, fatiga o bienestar necesitan frecuentemente información proporcionada directamente por el paciente.

Las tecnologías digitales pueden facilitar la recopilación periódica de estos resultados.

Esta información complementa las mediciones fisiológicas.

Una persona puede presentar parámetros aparentemente estables y experimentar un deterioro significativo de su funcionamiento o calidad de vida.

Por ello, el seguimiento personalizado debe integrar información objetiva y experiencia subjetiva.

Ambas proporcionan perspectivas diferentes y necesarias.

Monitoreo de enfermedades crónicas

Las enfermedades crónicas constituyen uno de los principales ámbitos de utilización del monitoreo remoto.

Su evolución requiere observación prolongada, adherencia terapéutica, educación y prevención de complicaciones.

El seguimiento tecnológico puede permitir identificar cambios entre consultas y facilitar intervenciones más oportunas.

Sin embargo, los resultados dependen del diseño del programa.

Entregar un dispositivo sin establecer mecanismos de revisión y respuesta difícilmente puede considerarse una intervención completa.

El valor aparece cuando la tecnología forma parte de un modelo asistencial organizado.

Detección temprana

La posibilidad de observar tendencias puede facilitar la identificación de cambios antes de que produzcan una complicación mayor.

Esta capacidad resulta especialmente atractiva para desarrollar modelos preventivos.

Sin embargo, detectar una alteración no equivale a prevenir una complicación.

Debe existir una intervención posterior capaz de modificar el resultado.

Los programas necesitan establecer rutas claras.

Ante una alteración puede ser necesaria una nueva medición, comunicación con el paciente, modificación del seguimiento o valoración presencial.

La capacidad de respuesta constituye una parte esencial del sistema.

Personalización de los umbrales

Los sistemas avanzados pueden comparar determinados parámetros con el patrón histórico de una misma persona.

Esto permite detectar desviaciones individuales que podrían permanecer dentro de rangos poblacionales generales.

Esta posibilidad representa una forma de personalización.

Sin embargo, los límites individualizados necesitan mantenerse vinculados con criterios clínicos.

Un valor persistentemente alterado puede convertirse en habitual para una persona y continuar siendo clínicamente relevante.

La personalización algorítmica no debe eliminar referencias de seguridad.

Inteligencia artificial aplicada al monitoreo

La IA puede analizar grandes cantidades de información procedente de dispositivos y reconocer patrones complejos.

Esto puede ayudar a priorizar datos y generar estimaciones de riesgo.

Su principal potencial consiste en transformar grandes volúmenes de mediciones en información más manejable.

Sin embargo, su utilización introduce los desafíos analizados en el apartado anterior: calidad de datos, sesgos, validación y transparencia.

Una predicción procedente de sensores no debe transformarse automáticamente en tratamiento.

Necesita integrarse con información clínica y supervisión profesional.

De los datos a las decisiones

Uno de los principales desafíos del monitoreo remoto consiste en evitar la acumulación de información sin utilidad.

Un dispositivo puede generar cientos o miles de mediciones.

Los profesionales necesitan identificar tendencias relevantes y no revisar indiscriminadamente cada dato.

Los sistemas deberían facilitar esta tarea mediante síntesis y priorización.

Una pregunta resulta fundamental durante el diseño:

¿Qué decisión clínica podría modificarse a partir de esta información?

Cuando no existe una respuesta razonable, debe analizarse si realmente resulta necesario recopilar el dato.

La calidad del monitoreo no depende del volumen de información, sino de su capacidad para apoyar decisiones pertinentes.

Alertas y fatiga profesional

Los sistemas pueden generar alertas cuando determinadas variables superan límites previamente establecidos.

Esta función puede mejorar la detección de situaciones relevantes.

Sin embargo, una cantidad excesiva de alertas disminuye progresivamente su utilidad.

Cuando muchas notificaciones corresponden a situaciones que no requieren intervención, aumenta el riesgo de que los profesionales dejen de prestar suficiente atención.

Los sistemas deben equilibrar sensibilidad y especificidad y establecer niveles de prioridad.

Una alteración potencialmente crítica no debería presentarse de la misma manera que una desviación menor.

El diseño de alertas constituye, por tanto, una cuestión de seguridad.

Interoperabilidad

Los datos poseen mayor utilidad cuando pueden incorporarse de manera organizada a los sistemas clínicos existentes.

Las plataformas completamente independientes obligan a los profesionales a consultar múltiples interfaces.

Esto puede aumentar carga y fragmentación.

La interoperabilidad busca facilitar un intercambio seguro de información entre sistemas.

Sin embargo, integrar no significa transferir indiscriminadamente cada medición hacia la historia clínica.

La selección continúa siendo necesaria.

Una cantidad excesiva de datos puede dificultar la identificación de información verdaderamente relevante.

Participación y autocuidado

El acceso a información personal puede favorecer la participación del paciente.

Observar tendencias puede ayudar a comprender cómo determinados comportamientos se relacionan con resultados.

Esta retroalimentación puede contribuir al autocuidado.

No obstante, existe también la posibilidad de generar preocupación excesiva.

Las variaciones fisiológicas normales pueden interpretarse como signos de enfermedad cuando la persona carece de suficiente orientación.

Por ello, los programas deben acompañar los datos con información comprensible.

La finalidad no es conseguir que el paciente vigile permanentemente cada parámetro, sino proporcionar información útil para decisiones razonables.

Adherencia tecnológica

La efectividad de un programa depende de que pueda utilizarse durante el tiempo necesario.

Un dispositivo inicialmente atractivo puede abandonarse cuando requiere demasiadas acciones, cargas frecuentes o procesos complicados.

Por ello, la adherencia tecnológica constituye un resultado importante.

Las evaluaciones deberían realizarse durante periodos suficientemente prolongados.

El uso durante unas pocas semanas no necesariamente permite conocer qué ocurrirá cuando el seguimiento se mantenga durante meses.

El diseño centrado en usuarios busca reducir esta dificultad.

Precisión y confiabilidad

Cuando una medición puede influir en decisiones clínicas, el dispositivo necesita demostrar un nivel de precisión apropiado para su finalidad.

Los equipos de consumo no deben considerarse automáticamente equivalentes a dispositivos clínicamente validados.

Además, la precisión no depende exclusivamente de la tecnología.

La colocación incorrecta, el mantenimiento inadecuado y las condiciones ambientales pueden modificar los resultados.

La educación del paciente forma, por tanto, parte del programa.

Una tecnología técnicamente adecuada utilizada incorrectamente puede producir información poco confiable.

Alfabetización digital

El monitoreo puede requerir conocimientos para configurar equipos, interpretar instrucciones y solucionar problemas básicos.

Estas capacidades varían entre las personas.

No deberían presumirse únicamente a partir de la edad o nivel educativo.

Los programas necesitan evaluar las necesidades individualmente y proporcionar apoyo cuando sea necesario.

La facilidad de uso constituye un elemento de equidad.

Una tecnología que solamente funciona adecuadamente entre usuarios con elevados conocimientos digitales puede ampliar desigualdades cuando se implementa a gran escala.

Privacidad y seguridad

El seguimiento prolongado puede generar grandes cantidades de información.

Algunos dispositivos pueden registrar no solamente variables sanitarias, sino horarios, hábitos o localización.

Esta situación incrementa la importancia de la protección de datos.

Los usuarios deberían conocer qué información se recopila, quién puede consultarla y para qué finalidad.

La minimización de datos constituye un principio relevante.

No debería almacenarse información innecesaria simplemente porque técnicamente resulta posible hacerlo.

Equidad en el acceso

Los dispositivos, conectividad y teléfonos inteligentes poseen costos.

Cuando la participación depende exclusivamente de los recursos económicos del paciente, los programas pueden ampliar desigualdades.

Las instituciones necesitan analizar quién puede beneficiarse y quién está quedando excluido.

También resulta importante conservar alternativas cuando el monitoreo digital no es viable.

Una atención verdaderamente personalizada no puede limitarse a quienes disponen de infraestructura tecnológica.

Personas mayores y monitoreo

Las personas mayores pueden beneficiarse particularmente cuando el seguimiento disminuye desplazamientos o facilita la identificación de determinados cambios.

Sin embargo, debe evitarse asumir automáticamente que la edad implica incapacidad tecnológica.

Existen diferencias individuales importantes.

El diseño puede incorporar interfaces sencillas, textos legibles y procedimientos con pocos pasos.

Cuando familiares o cuidadores participan, debe preservarse en la medida posible la autonomía y preferencias de la persona.

Monitoreo y relación terapéutica

Uno de los riesgos de la atención basada en datos consiste en reducir la evaluación a indicadores.

Un paciente puede presentar resultados aparentemente adecuados y experimentar miedo, dolor o dificultades sociales que los dispositivos no registran.

Por ello, los datos deben utilizarse para enriquecer la conversación y no para sustituirla.

La personalización auténtica necesita integrar mediciones, experiencia, circunstancias y preferencias.

La relación terapéutica continúa siendo el espacio donde la información adquiere significado clínico y humano.

Evaluación de resultados

Los programas de monitoreo deben demostrar que producen beneficios relevantes.

La cantidad de mediciones realizadas o el número de conexiones no constituyen resultados suficientes.

La evaluación puede considerar control de enfermedad, complicaciones, hospitalizaciones, calidad de vida, experiencia, seguridad y utilización de recursos.

También deben analizarse consecuencias no deseadas.

Una intervención puede disminuir consultas presenciales y simultáneamente aumentar ansiedad o carga profesional.

La evaluación integral permite determinar el verdadero valor del programa.

Sostenibilidad

Los dispositivos necesitan mantenimiento, sustitución y soporte.

Las plataformas requieren actualización y los profesionales necesitan tiempo para revisar información.

Todos estos elementos representan recursos.

Una intervención puede funcionar durante un proyecto financiado específicamente y resultar difícil de mantener posteriormente.

La sostenibilidad debe analizarse desde el diseño inicial.

Un programa eficaz pero imposible de mantener tendrá una capacidad limitada para transformar la atención a largo plazo.

Síntesis integradora

Las tecnologías de monitoreo permiten extender determinadas dimensiones del seguimiento más allá de los establecimientos sanitarios y obtener información longitudinal sobre la evolución de los pacientes.

Su potencial resulta especialmente relevante en enfermedades crónicas y situaciones que requieren vigilancia prolongada.

Sin embargo, **monitorear más no significa necesariamente cuidar mejor**.

El valor depende de la calidad de las mediciones, la pertinencia de las variables seleccionadas, la interoperabilidad, la capacidad de respuesta, la protección de datos, la accesibilidad y la integración de los resultados con el razonamiento profesional.

La personalización tampoco debe reducirse al funcionamiento de un algoritmo.

Necesita combinar datos longitudinales, evidencia científica, juicio clínico y experiencia de la persona.

El objetivo final no consiste en transformar al paciente en una fuente permanente de información, sino en utilizar solamente los datos necesarios para desarrollar un cuidado más oportuno, preventivo, coordinado y adaptado a sus necesidades.

Número de palabras: aproximadamente 3.050.

5.6. Innovación tecnológica frente a humanización del cuidado

El avance de la inteligencia artificial, la telesalud, los dispositivos de monitoreo y otras tecnologías digitales ha generado un debate fundamental dentro de los sistemas sanitarios: cómo aprovechar las posibilidades de innovación sin debilitar los componentes humanos que constituyen la esencia del cuidado.

La atención sanitaria no consiste únicamente en identificar enfermedades, procesar datos y seleccionar tratamientos. También implica escuchar, comunicar, acompañar, respetar decisiones y responder ante situaciones de incertidumbre, dolor y vulnerabilidad.

Por ello, la transformación tecnológica necesita analizarse también desde una perspectiva humana.

Sin embargo, plantear tecnología y humanización como dimensiones necesariamente opuestas constituye una simplificación.

Una herramienta puede automatizar determinadas tareas administrativas y permitir que el profesional disponga de mayor tiempo para comunicarse con el paciente. También puede producir el efecto contrario cuando aumenta la documentación, multiplica las alertas o convierte la pantalla en el centro del encuentro.

La pregunta relevante no consiste en decidir entre tecnología o humanización, sino en determinar **qué tecnología, para qué necesidad y bajo qué condiciones puede fortalecer un cuidado verdaderamente humano**.

Tecnología como medio y no como finalidad

La primera condición para una innovación humanizada consiste en reconocer que la tecnología es un medio.

Su valor depende del problema que permite resolver y de las consecuencias que genera.

Una institución no debería incorporar una herramienta únicamente porque representa una novedad.

Antes de implementarla debe preguntarse qué necesidad intenta resolver, qué evidencia respalda su utilización y qué nuevas cargas puede introducir.

Esta perspectiva permite evitar que los procesos asistenciales terminen organizándose alrededor de las necesidades de las plataformas.

La innovación debe adaptarse al cuidado y no obligar al cuidado a adaptarse indiscriminadamente a la tecnología.

El significado humano del cuidado

La experiencia de enfermedad posee dimensiones que no pueden representarse completamente mediante variables cuantificables.

Miedo, incertidumbre, pérdida de autonomía, dolor, esperanza y preocupación forman parte de la experiencia sanitaria.

Los sistemas tecnológicos pueden medir determinadas variables fisiológicas y generar predicciones.

Sin embargo, comprender qué significado posee una enfermedad dentro de la vida de una persona requiere comunicación.

La humanización reconoce al paciente como sujeto y no solamente como portador de una enfermedad o productor de datos.

Este principio adquiere especial relevancia durante enfermedades graves, decisiones complejas y situaciones de elevada vulnerabilidad.

Presencia profesional

La presencia no depende exclusivamente de encontrarse físicamente en el mismo espacio.

Un profesional puede permanecer frente al paciente y mantener gran parte de su atención concentrada en una pantalla.

También puede desarrollar una consulta remota y establecer una interacción atenta y respetuosa.

La presencia clínica implica disponibilidad, escucha y reconocimiento de la persona.

Las tecnologías deberían facilitar estas condiciones.

Cuando una plataforma exige múltiples actividades simultáneas, puede fragmentar la atención.

Por ello, la usabilidad tecnológica posee consecuencias relacionales.

Un buen diseño no solamente ahorra tiempo; puede proteger la calidad del encuentro.

Comunicación y empatía en entornos digitales

La expansión de la telesalud demuestra que determinados componentes de la relación terapéutica pueden mantenerse a distancia.

La escucha activa, la validación emocional y el lenguaje comprensible continúan siendo posibles mediante herramientas digitales.

Sin embargo, la comunicación necesita adaptarse.

Los problemas de conexión pueden interrumpir conversaciones importantes y determinadas señales no verbales pueden ser más difíciles de identificar.

La formación profesional debe incorporar competencias comunicativas específicas para estos escenarios.

La humanización digital no consiste en intentar reproducir exactamente una consulta presencial.

Consiste en preservar los principios esenciales de comunicación y respeto dentro de un medio diferente.

Inteligencia artificial y aparente empatía

Los sistemas generativos pueden producir respuestas lingüísticas que parecen comprensivas o empáticas.

Esta capacidad puede resultar útil en determinadas funciones comunicativas.

Sin embargo, es necesario evitar atribuir a la tecnología capacidades humanas que no posee.

Una respuesta redactada con lenguaje empático no equivale necesariamente a una relación terapéutica.

La diferencia resulta especialmente importante cuando la persona experimenta sufrimiento significativo.

La IA puede apoyar determinadas tareas, proporcionar información o facilitar procesos comunicativos.

No debería utilizarse para ocultar la ausencia de acompañamiento profesional cuando este resulta necesario.

La sofisticación lingüística de un sistema no elimina la responsabilidad humana.

Automatización y tiempo para cuidar

Una de las posibilidades más relevantes de la innovación consiste en automatizar determinadas tareas repetitivas.

Si una tecnología disminuye el tiempo destinado a documentación o búsqueda de información, podría liberar recursos para valoración, educación y comunicación.

Sin embargo, este beneficio no debe presumirse.

Necesita demostrarse.

Una herramienta puede automatizar una tarea y crear simultáneamente nuevas actividades de verificación.

Por ello, el impacto sobre el tiempo profesional debería formar parte de la evaluación.

Además, existe una dimensión organizacional.

Si el tiempo liberado se utiliza exclusivamente para aumentar el número de pacientes atendidos, la innovación no necesariamente producirá una atención más humanizada.

Algoritmos y singularidad

Los sistemas algorítmicos identifican patrones en poblaciones.

Esta constituye una de sus principales fortalezas.

Sin embargo, el cuidado individual necesita reconocer excepciones.

Una persona puede presentar circunstancias sociales, emocionales o clínicas que no se encuentran adecuadamente representadas en un modelo.

La humanización exige mantener la capacidad profesional para contextualizar una recomendación.

Seguir automáticamente un algoritmo no equivale a una práctica basada en evidencia.

La evidencia necesita integrarse con experiencia profesional y preferencias individuales.

Personalización tecnológica y personalización humana

La tecnología permite analizar grandes cantidades de información y desarrollar estimaciones individualizadas.

Esta capacidad suele denominarse personalización.

No obstante, existe una diferencia fundamental entre **personalizar una predicción y personalizar el cuidado**.

Un sistema puede identificar qué tratamiento posee mayor probabilidad estadística de producir determinado resultado.

El paciente puede valorar otros resultados como más importantes.

Una intervención podría prolongar supervivencia y producir efectos que una persona considere incompatibles con sus prioridades.

La personalización humana incorpora esos valores.

Por ello, la innovación debe combinar capacidad analítica con decisiones compartidas.

Autonomía y decisiones

Las tecnologías pueden favorecer autonomía cuando proporcionan información comprensible y amplían oportunidades de participación.

También pueden disminuirla cuando presentan recomendaciones como si fueran decisiones inevitables.

La OMS (2021) establece la protección de la autonomía humana como uno de los principios fundamentales para la gobernanza de IA en salud.

Los pacientes deben conservar oportunidades para comprender, preguntar y expresar preferencias.

La autonomía tampoco significa abandonar a la persona frente a grandes cantidades de información.

La participación requiere acompañamiento.

La tecnología debería facilitar la deliberación y no sustituirla.

Privacidad como dimensión de dignidad

La privacidad no constituye únicamente un requisito técnico o jurídico.

Representa una dimensión del respeto por la persona.

Los sistemas digitales pueden recopilar información extremadamente sensible.

El monitoreo continuo puede incluso revelar rutinas, localización y comportamientos.

La recopilación debe mantenerse proporcional a la finalidad asistencial.

Que una tecnología permita obtener determinado dato no significa que exista una justificación suficiente para hacerlo.

La protección de la información contribuye a preservar confianza y dignidad.

Equidad y brecha digital

Una innovación difícilmente puede considerarse plenamente humanizada cuando excluye sistemáticamente a determinados grupos.

Las diferencias en conectividad, recursos económicos, alfabetización digital y accesibilidad pueden generar nuevas desigualdades.

Por ello, la transformación tecnológica necesita mantener alternativas cuando sean necesarias.

La solución no consiste en detener la innovación.

Consiste en diseñarla considerando diversidad.

La tecnología debería ampliar posibilidades de acceso y no convertirse en una nueva barrera para recibir atención.

Personas con discapacidad y accesibilidad

La humanización tecnológica también exige considerar diferentes capacidades.

Las interfaces pueden necesitar compatibilidad con lectores de pantalla, subtítulos, tamaños de texto apropiados u otras adaptaciones.

La accesibilidad debería incorporarse desde el diseño y no como modificación posterior.

Una herramienta puede funcionar perfectamente desde el punto de vista informático y continuar siendo inaccesible para una parte de la población.

La participación de usuarios diversos durante el desarrollo puede ayudar a identificar estas barreras.

Enfermería y transformación tecnológica

La enfermería ocupa una posición especialmente importante en la relación entre innovación y humanización porque gran parte de su práctica se desarrolla mediante contacto continuo con pacientes y familias.

Las tecnologías pueden apoyar vigilancia, documentación y determinadas decisiones.

Sin embargo, el cuidado de enfermería también incluye educación, acompañamiento, observación y reconocimiento de necesidades difíciles de cuantificar.

La respuesta profesional no debería consistir en rechazar la innovación.

Los profesionales de enfermería necesitan participar activamente en el diseño, implementación y evaluación de las tecnologías que modifican sus prácticas.

Esta participación permite asegurar que las herramientas respondan a necesidades reales del cuidado.

Tecnología y vulnerabilidad

No todas las situaciones admiten el mismo grado de automatización.

Un recordatorio relacionado con una actividad rutinaria y una conversación sobre un diagnóstico grave poseen características radicalmente diferentes.

La innovación responsable necesita reconocer estos límites.

Existen escenarios donde la presencia profesional posee un valor especialmente importante.

La comunicación de noticias difíciles, los conflictos de valores y determinadas decisiones al final de la vida requieren capacidades relacionales complejas.

La tecnología puede apoyar proporcionando información o facilitando comunicación.

No debería sustituir automáticamente el acompañamiento.

Tecnología y final de la vida

La atención al final de la vida demuestra con especial claridad los límites de una concepción exclusivamente tecnológica.

Los sistemas predictivos pueden estimar probabilidades relacionadas con evolución y pronóstico.

Sin embargo, una probabilidad no determina qué debería hacerse.

Las decisiones necesitan incorporar objetivos de cuidado, dignidad, valores y preferencias.

La tecnología puede mejorar la información disponible.

La conversación humana continúa siendo necesaria para interpretar qué significa esa información para la persona y su familia.

La excelencia tecnológica no sustituye la compasión.

Confianza y transparencia

La relación terapéutica depende de confianza.

La utilización de herramientas poco transparentes puede afectar esa relación cuando las personas desconocen cómo se produjo una recomendación.

La transparencia no significa proporcionar explicaciones técnicas incomprensibles.

Consiste en informar suficientemente sobre la función y las limitaciones de la herramienta.

También implica mantener claramente identificada la responsabilidad profesional.

La expresión "el sistema decidió" resulta problemática dentro de una atención centrada en las personas.

Los sistemas generan resultados; las decisiones clínicas necesitan responsabilidad.

Competencias tecnológicas y humanas

Los profesionales sanitarios necesitan desarrollar competencias digitales sin abandonar habilidades comunicativas y éticas.

Ambas dimensiones deberían integrarse.

Un profesional puede conocer perfectamente cómo utilizar una herramienta y desconocer cómo explicar sus resultados al paciente.

También puede poseer excelentes competencias comunicativas y carecer de conocimientos suficientes para reconocer las limitaciones de un algoritmo.

La formación contemporánea necesita integrar alfabetización digital, pensamiento crítico, ética, comunicación y seguridad.

La tecnología modifica la práctica y, por tanto, modifica también las competencias necesarias para ejercerla responsablemente.

Diseño centrado en las personas

La humanización comienza durante el desarrollo de una tecnología.

Pacientes y profesionales pueden aportar información acerca de necesidades, barreras y expectativas.

Esta participación permite identificar problemas que pueden permanecer invisibles para desarrolladores alejados de los escenarios asistenciales.

El diseño centrado en las personas no significa incorporar automáticamente cada preferencia expresada.

Significa considerar sistemáticamente la experiencia de quienes utilizarán o serán afectados por la herramienta.

Usabilidad, accesibilidad y carga deben formar parte de la evaluación.

Evaluación de resultados humanos

Las innovaciones suelen evaluarse mediante precisión, costos y eficiencia.

Estas dimensiones son necesarias, pero insuficientes.

También deberían analizarse experiencia, autonomía, comunicación, confianza, equidad y carga profesional.

Una tecnología puede disminuir el tiempo de procesamiento y deteriorar simultáneamente la percepción de escucha.

Estos efectos necesitan identificarse.

Los métodos cuantitativos pueden combinarse con aproximaciones cualitativas para comprender cómo una innovación modifica la experiencia.

Aquello que resulta difícil de medir no debería considerarse irrelevante.

Responsabilidad institucional

La humanización no puede depender exclusivamente del comportamiento individual de los profesionales.

Las organizaciones determinan qué tecnologías se adquieren, cómo se implementan y cuánto tiempo se asigna a las diferentes actividades.

Por ello, poseen responsabilidad directa sobre los efectos de la transformación tecnológica.

Una institución puede seleccionar sistemas que reduzcan carga o plataformas que la incrementen considerablemente.

También puede utilizar la eficiencia conseguida para proteger tiempo de interacción o para aumentar continuamente la productividad.

La innovación humanizada constituye, por tanto, una característica organizacional.

Equilibrio entre eficiencia y cuidado

La eficiencia es un objetivo legítimo dentro de sistemas con recursos limitados.

Sin embargo, no constituye el único resultado relevante.

Reducir el tiempo de una actividad puede resultar beneficioso cuando elimina procedimientos innecesarios.

Puede resultar perjudicial cuando disminuye oportunidades necesarias de comunicación.

La evaluación debe analizar qué se gana y qué se pierde.

El objetivo no consiste en maximizar velocidad.

Consiste en producir mayor valor sanitario preservando seguridad, dignidad y experiencia.

Innovación responsable

La innovación responsable exige formular preguntas antes, durante y después de incorporar una tecnología.

¿Qué necesidad intenta resolver?

¿Qué evidencia respalda su utilización?

¿Qué riesgos introduce?

¿Qué personas podrían quedar excluidas?

¿Cómo modifica la relación profesional-paciente?

¿Qué ocurre con la privacidad?

¿Cómo se evaluarán sus resultados?

Estas preguntas no pretenden frenar el desarrollo tecnológico.

Buscan evitar una incorporación acrítica.

La OMS (2024) enfatiza precisamente la necesidad de que las aplicaciones avanzadas de IA se desarrollen con participación de profesionales, pacientes y otros actores relevantes y se sometan a mecanismos adecuados de evaluación y gobernanza.

Un modelo de innovación humanizada

La integración responsable puede sintetizarse mediante cinco principios: **utilidad, proporcionalidad, supervisión humana, equidad y evaluación continua**.

La tecnología debe resolver una necesidad real.

Su nivel de intervención debe ser proporcional al problema.

Las decisiones relevantes deben conservar supervisión humana.

Las innovaciones deben diseñarse considerando diferentes poblaciones.

Finalmente, sus efectos deben evaluarse continuamente.

Este enfoque permite superar la falsa oposición entre tecnología y humanización.

La pregunta deja de ser cuánto puede automatizarse y pasa a ser qué debería automatizarse para mejorar realmente el cuidado.

Síntesis integradora

La innovación tecnológica y la humanización no constituyen objetivos necesariamente incompatibles.

Las tecnologías pueden mejorar acceso, seguimiento, información y eficiencia, pero también pueden aumentar carga, fragmentación, exclusión y distancia relacional cuando se incorporan sin una perspectiva centrada en las personas.

Las orientaciones contemporáneas sobre IA sanitaria insisten precisamente en que la transformación tecnológica debe desarrollarse respetando autonomía, seguridad, transparencia, responsabilidad y equidad (WHO, 2021, 2024).

En consecuencia, la pregunta fundamental no debe plantearse como **"tecnología o humanización"**, sino como **"qué tecnología puede fortalecer el cuidado humano y bajo qué condiciones"**.

Una innovación verdaderamente centrada en las personas necesita preservar dignidad, autonomía, privacidad, accesibilidad, comunicación y posibilidad de relación.

La tecnología puede procesar grandes cantidades de datos, identificar patrones y automatizar tareas. Los profesionales aportan deliberación ética, interpretación contextual, responsabilidad y acompañamiento. Los pacientes aportan experiencias, valores y prioridades.

El futuro del cuidado no requiere escoger entre innovación y humanidad.

Requiere construir sistemas en los que **la tecnología amplíe las capacidades de los profesionales sin convertir al paciente en un conjunto de datos ni al profesional en un simple operador de sistemas**.

La innovación alcanza su verdadero valor cuando permite que los servicios sean científicamente más avanzados, seguros y eficientes mientras preservan aquello que ninguna transformación tecnológica debería eliminar: el reconocimiento de que detrás de cada dato, alerta, algoritmo, predicción y diagnóstico existe una persona que necesita ser escuchada, comprendida, informada, respetada y cuidada.

5.7. Ética, privacidad y protección de datos en salud digital

La expansión de la salud digital ha incrementado considerablemente la cantidad, diversidad y velocidad con la que se recopila, almacena, procesa y comparte información relacionada con la salud. Las historias clínicas electrónicas, las plataformas de telemedicina, las aplicaciones móviles, los dispositivos portátiles, los sensores, los sistemas de monitoreo remoto y las herramientas de inteligencia artificial dependen del tratamiento de datos para desarrollar muchas de sus funciones. Esta transformación ofrece oportunidades para mejorar la continuidad, personalización y eficiencia de la atención, pero también introduce desafíos éticos que no pueden comprenderse únicamente como problemas tecnológicos.

Los datos relacionados con la salud poseen una sensibilidad particular porque pueden revelar información sobre enfermedades, tratamientos, antecedentes familiares, características biológicas, comportamientos, condiciones funcionales y otros aspectos de la vida privada. Su utilización inadecuada puede ocasionar consecuencias personales y sociales que trascienden el contexto sanitario.

Por esta razón, la transformación digital necesita desarrollarse mediante principios orientados a proteger dignidad, autonomía, privacidad, confidencialidad, equidad y seguridad. La Organización Mundial de la Salud ha establecido que el desarrollo y utilización de sistemas de inteligencia artificial en salud debe proteger la autonomía humana, promover bienestar y seguridad, garantizar transparencia, fomentar responsabilidad y preservar inclusión y equidad (World Health Organization [WHO], 2021a).

Asimismo, la estrategia mundial de salud digital plantea que la transformación tecnológica debe contribuir al fortalecimiento de sistemas sanitarios equitativos, eficientes y centrados en las personas (WHO, 2021b).

En consecuencia, la protección de datos no debe entenderse como una barrera externa a la innovación. Constituye una condición para que la innovación sanitaria resulte ética, segura y socialmente legítima.

Ética en los entornos de salud digital

Los principios tradicionales de la bioética mantienen plena relevancia dentro de los entornos digitales. Autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia continúan proporcionando criterios para analizar decisiones sanitarias, aunque las tecnologías generan nuevos escenarios para su aplicación.

La autonomía implica que las personas puedan participar razonablemente en decisiones relacionadas con la utilización de su información. La beneficencia exige que la recopilación y procesamiento de datos persigan finalidades capaces de generar beneficios sanitarios legítimos. La no maleficencia obliga a reducir riesgos relacionados con filtraciones, errores, discriminación algorítmica y usos no autorizados. Finalmente, la justicia requiere evitar que los procesos de digitalización reproduzcan o amplíen desigualdades existentes.

Estos principios deben analizarse conjuntamente.

Una tecnología puede producir beneficios para la mayoría de los usuarios y generar simultáneamente riesgos desproporcionados para determinados grupos. Por ello, una evaluación ética no debería limitarse a establecer si una herramienta funciona técnicamente.

También necesita determinar quién recibe sus beneficios, quién asume sus riesgos y qué mecanismos existen para proteger a las poblaciones potencialmente vulnerables.

Privacidad y confidencialidad

Aunque privacidad y confidencialidad se encuentran estrechamente relacionadas, representan dimensiones diferentes.

La privacidad se relaciona con la capacidad de la persona para mantener un control razonable sobre determinados aspectos de su vida y sobre el acceso a su información personal.

La confidencialidad corresponde a la responsabilidad de quienes reciben información dentro de una relación asistencial de protegerla frente a accesos o divulgaciones no autorizadas.

La digitalización modifica las condiciones mediante las cuales estos principios deben garantizarse.

Los registros digitales pueden mejorar considerablemente el acceso oportuno a información necesaria para proporcionar atención. Sin embargo, esa misma disponibilidad incrementa los puntos potenciales de exposición.

El desafío consiste en garantizar que la información esté disponible para quienes legítimamente la necesitan y permanezca protegida frente a quienes carecen de autorización.

Sensibilidad de los datos sanitarios

La información sanitaria requiere medidas de protección especialmente rigurosas debido a las consecuencias que puede producir su divulgación.

Un diagnóstico puede revelar aspectos íntimos de la vida de una persona. Los datos genéticos pueden proporcionar información sobre individuos relacionados biológicamente con el paciente. Los dispositivos digitales pueden registrar actividad, sueño, frecuencia cardíaca, localización o rutinas.

Además, la combinación de diferentes conjuntos de información puede permitir realizar inferencias que la persona nunca proporcionó directamente.

Esta situación amplía el concepto tradicional de dato sanitario.

La protección ya no puede limitarse a diagnósticos, medicamentos y resultados de laboratorio. También debe considerar información conductual, contextual y determinados metadatos capaces de revelar aspectos relevantes de la salud o de la vida privada.

Minimización de datos

Uno de los principios fundamentales de una gobernanza responsable consiste en recopilar solamente la información necesaria para una finalidad determinada.

La capacidad tecnológica para almacenar enormes cantidades de datos puede favorecer una lógica de acumulación basada en la idea de que determinada información podría resultar útil posteriormente.

Esta práctica incrementa riesgos.

Cada dato almacenado representa información que puede ser utilizada de manera inadecuada o quedar expuesta durante un incidente de seguridad.

Por ello, las organizaciones deberían justificar qué información necesitan, para qué finalidad y durante cuánto tiempo.

La minimización no pretende impedir el aprovechamiento de los datos para mejorar la atención o desarrollar investigación. Busca mantener proporcionalidad entre la finalidad perseguida y la cantidad de información utilizada.

Consentimiento informado digital

El consentimiento continúa constituyendo una herramienta importante para proteger autonomía.

Sin embargo, los entornos digitales introducen dificultades particulares.

Las personas pueden aceptar términos extensos y técnicamente complejos sin comprender realmente sus implicaciones. Una aceptación formal no garantiza necesariamente un consentimiento éticamente adecuado.

La información proporcionada debería ser comprensible y proporcional a la importancia de la decisión.

Cuando corresponda, las personas necesitan conocer qué datos serán recopilados, para qué finalidad, quién podrá acceder a ellos y si existen posibles usos secundarios.

Por ello, el consentimiento digital debe evaluarse no solamente por la existencia de una casilla de aceptación, sino por la posibilidad real de comprender aquello que se está autorizando.

Consentimiento dinámico

El denominado consentimiento dinámico ha sido propuesto principalmente en determinados contextos de investigación, biobancos y reutilización de información como una estrategia para facilitar una relación más continua entre participantes y organizaciones.

Mediante plataformas digitales, las personas pueden gestionar determinadas preferencias y recibir información acerca de nuevos usos de sus datos.

Este modelo presenta posibilidades para fortalecer participación y transparencia, pero no debe considerarse una solución universal.

Su implementación puede aumentar la complejidad, requerir alfabetización digital y generar una cantidad considerable de decisiones para los usuarios.

Por ello, debe evaluarse según las características del contexto, la naturaleza de los datos y los riesgos asociados.

La protección de autonomía no depende de solicitar consentimiento para cada operación posible, sino de construir mecanismos de gobernanza proporcionales y comprensibles.

Usos secundarios de la información

Los datos obtenidos inicialmente durante la atención pueden posteriormente resultar valiosos para investigación, evaluación de servicios, vigilancia epidemiológica o desarrollo de herramientas tecnológicas.

Estos usos pueden producir importantes beneficios colectivos.

Sin embargo, la finalidad original de recopilación no autoriza automáticamente cualquier utilización posterior.

Las instituciones necesitan establecer mecanismos que determinen qué usos resultan legítimos, qué medidas de protección se requieren y cuándo corresponde obtener autorizaciones adicionales.

El valor científico de un conjunto de datos no elimina las obligaciones éticas asociadas con su utilización.

Anonimización y riesgo de reidentificación

Una estrategia utilizada para proteger información consiste en eliminar identificadores directos antes de emplear los datos para análisis o investigación.

Sin embargo, retirar nombres o números de identificación no garantiza necesariamente anonimato absoluto.

Cuando existen numerosos atributos, la combinación de variables puede facilitar la identificación de determinadas personas.

Este riesgo aumenta cuando diferentes bases pueden relacionarse entre sí.

Por ello, la protección no debería depender exclusivamente de eliminar identificadores.

También necesita considerar controles de acceso, reducción de variables, condiciones de utilización y evaluación del riesgo de reidentificación.

La anonimización debe entenderse como parte de una estrategia más amplia de protección y no como garantía absoluta.

Ciberseguridad como dimensión de seguridad del paciente

La ciberseguridad posee implicaciones que trascienden la confidencialidad.

Un ataque informático puede exponer información personal y, simultáneamente, interrumpir servicios clínicos.

Cuando una historia electrónica deja de estar disponible, los profesionales pueden perder temporalmente acceso a medicamentos, alergias, antecedentes o resultados.

En sistemas altamente digitalizados, estas interrupciones pueden afectar directamente la continuidad y seguridad asistencial.

Por ello, la ciberseguridad debe considerarse una dimensión de la seguridad del paciente.

Las organizaciones necesitan desarrollar medidas preventivas, sistemas de respaldo, planes de recuperación y procedimientos para mantener funciones esenciales durante incidentes tecnológicos.

Control de acceso

No todos los trabajadores sanitarios necesitan disponer de acceso a toda la información de todos los pacientes.

Los sistemas digitales permiten asignar permisos según funciones y responsabilidades.

El principio de acceso mínimo necesario busca reducir exposiciones innecesarias sin impedir la atención.

También resulta importante disponer de registros de actividad.

Las auditorías pueden permitir identificar quién consultó determinada información y detectar patrones inadecuados.

Sin embargo, los mecanismos de protección deben contemplar situaciones de emergencia en las que determinados profesionales necesiten acceder rápidamente a información relevante.

La seguridad debe equilibrarse con disponibilidad clínica.

Interoperabilidad y protección

La interoperabilidad permite intercambiar información entre diferentes sistemas e instituciones y puede mejorar considerablemente la continuidad asistencial.

No obstante, cada transferencia amplía el número de componentes tecnológicos involucrados.

Por ello, la interoperabilidad necesita acompañarse de mecanismos adecuados de autenticación, autorización y seguridad.

Compartir información no significa proporcionar acceso ilimitado.

La finalidad consiste en conseguir que los datos clínicamente necesarios estén disponibles para actores legítimos en el momento apropiado.

Interoperabilidad y privacidad no constituyen objetivos incompatibles.

La calidad de la gobernanza determina si ambos pueden coexistir.

Aplicaciones móviles y actores externos

Las aplicaciones relacionadas con salud representan un desafío particular porque algunas funcionan fuera de los sistemas sanitarios tradicionales.

Pueden recopilar síntomas, actividad, alimentación, sueño y otras variables.

Las personas pueden asumir que toda aplicación relacionada con salud ofrece niveles de protección equivalentes a los de una institución sanitaria, aunque esto no necesariamente ocurre.

Por ello, los profesionales deberían considerar la privacidad cuando recomiendan herramientas digitales.

La utilidad funcional no constituye el único criterio de calidad.

También importa determinar qué datos recopila una aplicación, dónde los almacena y para qué pueden ser utilizados.

Dispositivos portátiles y monitoreo continuo

Los dispositivos portátiles pueden recopilar información durante periodos prolongados.

Esta capacidad favorece determinadas formas de seguimiento, pero también amplía la observación de la vida cotidiana.

La proporcionalidad adquiere especial importancia.

El paciente debería comprender qué variables se registran y cuál es su finalidad.

La recopilación permanente de información no debe convertirse en un objetivo en sí mismo.

El monitoreo resulta justificable cuando existe una finalidad clínica razonable y los beneficios esperados guardan proporción con las posibles afectaciones a la privacidad.

Inteligencia artificial y gobernanza de datos

Los sistemas de IA pueden requerir grandes conjuntos de información para su entrenamiento, validación y funcionamiento.

Esta característica plantea interrogantes sobre procedencia de los datos, consentimiento, representatividad y reutilización.

La OMS establece que la gobernanza de la IA sanitaria debe proteger autonomía, seguridad, transparencia, responsabilidad y equidad (WHO, 2021a).

Estas obligaciones se vuelven todavía más relevantes con los grandes modelos multimodales, capaces de procesar diferentes tipos de información y generar nuevos contenidos. La OMS (2024) advierte que estos sistemas requieren mecanismos específicos de evaluación, gobernanza y supervisión humana.

Las organizaciones necesitan conocer qué información utilizan los sistemas, para qué finalidad y qué actores intervienen en su procesamiento.

Datos sintéticos

Los datos sintéticos constituyen una alternativa emergente para determinadas actividades de investigación y desarrollo tecnológico.

Estos conjuntos son generados artificialmente con el objetivo de reproducir determinadas propiedades estadísticas de datos reales.

Su utilización podría disminuir algunos riesgos asociados con el acceso directo a información identificable.

Sin embargo, no deben considerarse una solución automática a los problemas de privacidad.

La calidad depende de los procedimientos utilizados para generarlos y pueden reproducirse sesgos presentes en las fuentes originales.

Además, determinados métodos requieren evaluación específica para comprobar que no permitan recuperar o inferir información sensible procedente de los datos utilizados durante su desarrollo.

En consecuencia, los datos sintéticos representan una herramienta complementaria cuya utilidad debe evaluarse según calidad, privacidad y finalidad.

Sesgos, discriminación y justicia

La protección ética de los datos no consiste únicamente en evitar filtraciones.

También implica analizar las decisiones producidas a partir de ellos.

Un sistema puede mantener elevados estándares de seguridad informática y generar resultados injustos.

Los datos sanitarios reflejan contextos sociales y desigualdades históricas.

Cuando determinados grupos han recibido menor acceso o diferente calidad de atención, estas diferencias pueden quedar representadas en los registros.

Un algoritmo puede aprender esos patrones y reproducirlos.

Por ello, la justicia debe incorporarse a la gobernanza de datos y a la evaluación de sistemas automatizados.

La precisión promedio no resulta suficiente cuando existen diferencias importantes entre grupos.

Control, custodia y responsabilidad

Determinar jurídicamente la propiedad de los datos sanitarios puede resultar complejo y depende de la legislación aplicable.

Desde una perspectiva ética, resulta más útil analizar responsabilidades, derechos y mecanismos de control.

Una institución puede custodiar información sin poseer autorización ilimitada para utilizarla.

Los pacientes mantienen intereses legítimos respecto de la manera en que sus datos son utilizados y compartidos.

Por ello, la información sanitaria no debería tratarse únicamente como un activo económico.

Su utilización debe permanecer vinculada con finalidades legítimas, transparentes y socialmente justificables.

Transparencia institucional

Las organizaciones deberían comunicar de manera comprensible cómo utilizan los datos.

La transparencia no debería limitarse a documentos jurídicos extensos.

Las personas necesitan comprender los aspectos relevantes sin convertirse en especialistas en derecho o informática.

Cuando una institución utiliza IA, comparte información con terceros o desarrolla proyectos secundarios, puede resultar especialmente importante explicar las condiciones generales de esos procesos.

La transparencia contribuye a construir confianza.

La opacidad puede deteriorarla incluso cuando no existe evidencia inmediata de daño.

Respuesta ante incidentes

La seguridad absoluta no existe.

Por ello, las instituciones necesitan disponer de procedimientos para responder ante accesos no autorizados, filtraciones o interrupciones.

La respuesta puede requerir contención, análisis, recuperación y comunicación según las obligaciones aplicables.

También debe producir aprendizaje organizacional.

Los incidentes pueden revelar problemas tecnológicos, deficiencias de capacitación o procesos mal diseñados.

La gestión de seguridad digital debe compartir con la seguridad clínica una orientación hacia aprendizaje y mejora continua.

Formación profesional

La protección de datos no corresponde exclusivamente a departamentos de informática.

Los profesionales sanitarios manejan información sensible diariamente.

Acciones aparentemente simples, como compartir contraseñas, mantener sesiones abiertas o utilizar medios no autorizados para transmitir información, pueden crear vulnerabilidades.

Por ello, la alfabetización digital debe incorporar conocimientos de privacidad y seguridad.

Proteger información constituye una extensión de la responsabilidad de cuidar.

La confidencialidad no desaparece cuando el registro pasa del papel a una plataforma digital.

Cultura institucional de privacidad

Las políticas resultan insuficientes cuando las prácticas cotidianas contradicen sus principios.

Una institución puede disponer de protocolos rigurosos y mantener comportamientos inseguros normalizados.

Por ello, la protección necesita convertirse en una dimensión de la cultura organizacional.

Los líderes deben promover prácticas adecuadas y las tecnologías deben diseñarse de forma suficientemente usable.

Cuando las medidas de seguridad son excesivamente complejas, aumenta el riesgo de que los usuarios desarrollen procedimientos informales para evitarlas.

La seguridad efectiva necesita combinar protección, capacitación y usabilidad.

Equidad y protección de información

Las consecuencias de una utilización inadecuada de datos pueden variar entre poblaciones.

Determinados grupos pueden encontrarse más expuestos a estigmatización o discriminación.

Por ello, la protección necesita incorporar una perspectiva de equidad.

Existe además una tensión importante.

No recopilar determinada información puede impedir identificar desigualdades, mientras recopilarla sin mecanismos apropiados puede aumentar riesgos.

La respuesta no consiste necesariamente en evitar esos datos, sino en establecer finalidades claras y mecanismos de protección proporcionales.

Ética desde el diseño

La velocidad de la innovación puede generar presión para implementar tecnologías antes de disponer de suficiente evaluación.

Una estrategia más responsable consiste en incorporar privacidad, seguridad, accesibilidad y equidad desde las primeras etapas del diseño.

La ética no debería aparecer únicamente cuando el producto está terminado.

Los riesgos pueden ser mucho más difíciles de corregir después de que una tecnología se ha integrado ampliamente en los procesos asistenciales.

La OMS (2024) plantea precisamente la necesidad de incorporar principios éticos y mecanismos de gobernanza durante el desarrollo, implementación y utilización de sistemas avanzados de IA.

Síntesis integradora

La transformación digital depende crecientemente de información personal y, por ello, la protección de datos constituye una condición esencial de calidad, seguridad y confianza.

Privacidad, confidencialidad, consentimiento, ciberseguridad, minimización, equidad y gobernanza necesitan integrarse durante todo el ciclo de vida de las tecnologías.

La IA introduce desafíos adicionales relacionados con reutilización, representatividad, transparencia y responsabilidad, lo que exige mantener mecanismos claros de supervisión (WHO, 2021a, 2024).

La protección no consiste únicamente en evitar filtraciones. También implica recopilar solamente la información necesaria, limitar accesos, garantizar usos legítimos, reducir riesgos de discriminación y proporcionar suficiente transparencia.

La confianza constituye un recurso fundamental de la atención sanitaria.

Cuando una persona proporciona información relacionada con su salud, presupone que será utilizada responsablemente.

Por ello, una transformación digital éticamente sólida no es aquella que recopila la mayor cantidad posible de datos, sino aquella capaz de utilizar **la información necesaria, para finalidades justificadas y mediante mecanismos seguros, transparentes, proporcionales, equitativos y respetuosos de la dignidad humana**.

Referencias

Abou Hashish, E. A., & colaboradores. (2025). Digital empathy concept analysis and implications in nursing. Digital Health, 11. https://doi.org/10.1177/20552076251326221

Charalambous, J., Hollingdrake, O., & Currie, J. (2024). Nurse practitioner led telehealth services: A scoping review. Journal of Clinical Nursing, 33(3), 839–858. https://doi.org/10.1111/jocn.16898

Chustecki, M. (2024). Benefits and risks of AI in health care: Narrative review. Interactive Journal of Medical Research, 13, e53616. https://doi.org/10.2196/53616

Cunha, A. S., Pedro, A. R., & Cordeiro, J. V. (2023). Facilitators of and barriers to accessing hospital medical specialty telemedicine consultations during the COVID-19 pandemic: Systematic review. Journal of Medical Internet Research, 25, e44188. https://doi.org/10.2196/44188

Elhaddad, M., & Hamam, S. (2024). AI-driven clinical decision support systems: An ongoing pursuit of potential. Cureus, 16(4), e57728. https://doi.org/10.7759/cureus.57728

Ezeamii, V. C., Okobi, O. E., Wambai-Sani, H., Perera, G. S., Zaynieva, S., Okonkwo, C. C., Ohaiba, M. M., William-Ebiloma, D. A., Obiefuna, N. G., & Olori, S. (2024). Revolutionizing healthcare: How telemedicine is improving patient outcomes and expanding access to care. Cureus, 16(7), e63881. https://doi.org/10.7759/cureus.63881

Jafleh, E. A., Alnaqbi, F. A., Alsaadi, A. S., Almemari, N. A., Alhosani, M. S., Alnaqbi, A. A., & Alzaabi, S. A. (2024). The role of wearable devices in chronic disease monitoring and patient care: A comprehensive review. Cureus, 16, e68921. https://doi.org/10.7759/cureus.68921

Khosravi, M. (2024). Artificial intelligence and decision-making in healthcare: A thematic analysis of a systematic review of reviews. Health Services Insights, 17. https://doi.org/10.1177/23333928241234863

Li, Y., Shi, Q., Yang, J., & Ran, L. (2025). Exploring the impact of telemedicine in chronic patients from diverse socioeconomic contexts: Systematic review of qualitative studies. Frontiers in Public Health, 12, 1510735. https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1510735

Mihevc, M., Virtič Potočnik, T., Zavrnik, Č., Klemenc-Ketiš, Z., Poplas Susič, A., & Petek Šter, M. (2025). Managing cardiovascular risk factors with telemedicine in primary care: A systematic review and meta-analysis of patients with arterial hypertension and type 2 diabetes. Chronic Illness, 21(1), 3–24. https://doi.org/10.1177/17423953241277896

Sun, C., Meijer, E., Chavannes, N. H., Dai, H., Li, X., Wang, Y., Wu, L., Zhang, Q., & Kasteleyn, M. J. (2025). eHealth literacy in the general population: A cross-sectional study in China. BMC Public Health, 25(1), 211. https://doi.org/10.1186/s12889-025-21389-0

World Health Organization. (2021a). Ethics and governance of artificial intelligence for health: WHO guidance. World Health Organization.

World Health Organization. (2021b). Global strategy on digital health 2020–2025. World Health Organization.

World Health Organization. (2024). Ethics and governance of artificial intelligence for health: Guidance on large multi-modal models. World Health Organization. La OMS presentó formalmente esta orientación en enero de 2024.

World Health Organization. (2025a). Global strategy on digital health 2020–2027. World Health Organization. La estrategia original 2020–2025 fue extendida formalmente hasta 2027 por la Asamblea Mundial de la Salud.

World Health Organization. (2025b). A global health strategy for 2025–2028: Advancing equity and resilience in a turbulent world: Fourteenth General Programme of Work. World Health Organization. https://doi.org/10.2471/B09277

CUIDADO INTEGRAL DEL PACIENTE

ENFOQUES, ESTRATEGIAS Y PERSPECTIVAS
PARA UNA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

Cuidado Integral del Paciente presenta una mirada amplia, actual y humanista sobre los desafíos contemporáneos de la atención en salud. A través de cinco capítulos fundamentales, esta obra aborda la humanización de los servicios, la práctica basada en evidencia, la calidad y seguridad del paciente, y el impacto transformador de la innovación y la salud digital.

Una guía indispensable para estudiantes, profesionales y gestores comprometidos con brindar una atención científicamente sólida, ética, segura y profundamente centrada en las personas.

ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA

El paciente como protagonista de su cuidado, respetando su dignidad, autonomía y valores.

EVIDENCIA Y CALIDAD

Decisiones clínicas fundamentadas en la mejor evidencia disponible para garantizar resultados seguros y efectivos.

SEGURIDAD DEL PACIENTE

Una cultura de seguridad que previene riesgos, reduce eventos adversos y promueve la mejora continua.

INNOVACIÓN Y SALUD DIGITAL

Tecnologías emergentes e inteligencia artificial al servicio de una atención más accesible, eficiente y sostenible.

> *La ciencia y la tecnología alcanzan su mayor sentido cuando se ponen al servicio de la dignidad, el bienestar y el cuidado integral del ser humano.*

EDITORIAL
Mundos Alternos
CONOCIMIENTO QUE TRANSFORMA

ISBN: 978-9942-593-52-8