Live Working
EDITORIAL

Administración de los servicios de enfermería

Gestión, liderazgo y calidad del cuidado



MSc. Blanca Gordón Díaz

CRÉDITOS EDITORIALES

Administración de los servicios de enfermería:

Gestión, liderazgo y calidad del cuidado

AUTORA

Docente titular de la Universidad Politécnica Estatal de Carchi

MSc. Blanca Gordón Díaz
Correo: blanca.gordon@upec.edu.ec

ORCID: https://orcid.org/0000-0001-8044-2332

INDEXACIÓN

Dirección y Coordinación Editorial: Sara Díaz Villacís

Revisión de contenido: Lady Hamilton Paladines PhD (c)

Revisión pedagógica: Fabrizzio Andrade PhD

© ® Derechos de Copia y Propiedad Intelectual

Maquetación y Diseño de portada: *Sara Díaz V*

Libro bajo revisión técnica y didáctica de pares

Guayaquil - Ecuador

Octubre del 2026

Descarga:

https://liveworkingeditorial.com/product/ 978-9907-851-11-3 /

Enlace del DOI:

https://doi.org/10.63792/ 978-9907-851-11-3

Certificado de autenticidad

ISBN: 978-9907-851-11-3

Primera edición: 2026

Esta obra se encuentra bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0). Se permite la reproducción y distribución no comercial, siempre y cuando se cite la fuente original y no se realicen obras derivadas.

Clasificación Thema: MQCA - Fundamentos y habilidades de enfermería

Clasificación Dewey: Materia: 610.736 Enfermería, especializada

Distribuido digitalmente.

ÍNDICE GENERAL

CRÉDITOS EDITORIALES II
INDEXACIÓN II
ÍNDICE GENERAL IV
ÍNDICE DE FIGURAS XX
INDICE DE TABLAS XXII
RESUMEN EJECUTIVO XXIII
ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA 1
SECCIÓN I. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA ADMINISTRACIÓN EN ENFERMERÍA 4
CAPÍTULO 1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA ADMINISTRACIÓN EN ENFERMERÍA .. 5
Competencias 5
Introducción 5
Antecedentes del cuidado organizado 6
Florence Nightingale y la fundación de la enfermería moderna 6
La incorporación de las teorías administrativas clásicas 9
Profesionalización y consolidación disciplinar 9
La administración en enfermería en el contexto ecuatoriano y latinoamericano 10
Modelos actuales de gobernanza y gestión hospitalaria 11
CAPÍTULO 2. INTRODUCCIÓN A LA ADMINISTRACIÓN, GESTIÓN Y GERENCIA 13
Competencias 13
Introducción 13
El concepto de administración 13
El concepto de gestión 14
El concepto de gerencia 14

Diferencias y relaciones entre administración, gestión y gerencia 15
Principios de eficiencia, eficacia y efectividad 16
Aplicación al campo de la salud y la enfermería 17
El contexto ecuatoriano y latinoamericano 18
CAPÍTULO 3. TEORÍAS ADMINISTRATIVAS GENERALES APLICADAS A ENFERMERÍA 20
Competencias 20
Introducción 20
La administración científica de Frederick Taylor 21
La teoría clásica del proceso administrativo de Henri Fayol 21
El enfoque sistémico de la administración 22
El enfoque contingencial de la administración 22
Comparación crítica de los cuatro enfoques 23
De las teorías clásicas a la gestión y gerencia del cuidado 24
Aplicación al contexto ecuatoriano y latinoamericano 25
CAPÍTULO 4. MODELOS DE GESTIÓN DEL CUIDADO 27
Competencias 27
Introducción 27
Fundamentos de los modelos de gestión del cuidado 28
Enfermería basada en la evidencia (EBE) 29
Gestión por procesos en servicios de salud 29
Gestión por competencias 31
Comparación entre los tres modelos 32
Aplicación al contexto ecuatoriano y latinoamericano 33
CAPÍTULO 5. EL PROCESO ADMINISTRATIVO EN ENFERMERÍA 35
Competencias 35

Introducción 35

El proceso administrativo como mapa conceptual integrador 36

Planificación 37

Organización 37

Dirección 38

Control 38

Aplicación integrada al contexto ecuatoriano y latinoamericano 39

CAPÍTULO 6. MARCO LEGAL, ÉTICO Y DEONTOLÓGICO DE LA GESTIÓN ENFERMERA 41

Competencias 41

Introducción 41

Marco legal del ejercicio profesional de enfermería en el Ecuador 43

Códigos deontológicos y su evolución reciente 43

Responsabilidad civil, penal y administrativa en la práctica de enfermería 44

Principios éticos aplicados a la gestión del cuidado 45

Dilemas ético-legales en la gestión enfermera contemporánea 46

El rol de la enfermera gestora en la aplicación del marco legal y ético 46

Síntesis del capítulo 46

Actividades sugeridas para estudiantes 47

CAPÍTULO 7. LIDERAZGO EN ENFERMERÍA: DEL CUIDADO A LA GESTIÓN 48

Competencias 48

Introducción 48

Del cuidado a la gestión: la transición del rol de enfermera 49

Teorías y estilos clásicos de liderazgo 49

Liderazgo transformacional 49

Liderazgo y calidad del cuidado 50

Inteligencia emocional y liderazgo en enfermería 51

Liderazgo de enfermería en el Ecuador 52
Actividades sugeridas para estudiantes 52
Cierre de la Sección I 53
SECCIÓN II. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LOS RECURSOS DEL SERVICIO DE ENFERMERÍA 61
CAPÍTULO 8. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA . 62
Competencias 62
Introducción 62
Fundamentos de la estructura organizativa 63
Niveles jerárquicos en los servicios de enfermería 63
Tipos de estructura organizativa aplicados a la salud 63
Principios de diseño organizacional 64
El rol del coordinador y la subdirección de enfermería 64
Comités institucionales y participación de enfermería 65
Aplicación al contexto ecuatoriano y latinoamericano 66
CAPÍTULO 9. PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y OPERATIVA DE CALIDAD 69
Competencias 69
Introducción 69
Fundamentos de la planificación estratégica en salud 70
Componentes de la planificación estratégica institucional 70
La política de calidad como componente de la planificación institucional 70
De la planificación estratégica a la planificación operativa 71
Apropiación institucional de las herramientas de gestión 71
Aplicación al contexto ecuatoriano y latinoamericano 72
CAPÍTULO 10. DOTACIÓN Y GESTIÓN DE PERSONAL 75
Competencias 75

Introducción 75

Fundamentos de la dotación de personal de enfermería 76

Tipos y componentes de la carga de trabajo enfermero 76

Sistemas de Clasificación de Pacientes (SCP) 77

Escalas de medición de la carga de trabajo enfermero 78

Cálculo de la ratio enfermera-paciente 78

Dotación de personal y resultados de seguridad del paciente 78

Diseño de escalas y turnos 79

Dotación de personal, burnout y ausentismo laboral 79

Aplicación al contexto ecuatoriano y latinoamericano 80

CAPÍTULO 11. RECLUTAMIENTO, SELECCIÓN, INDUCCIÓN Y DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO EN ENFERMERÍA 84

Competencias 84

Introducción 84

Fundamentos de la gestión del talento humano en enfermería 85

Reclutamiento de personal de enfermería 86

Selección de personal 86

Procesos de selección en el sector público de salud 87

Inducción del personal de nuevo ingreso 87

Mentoría y preceptoría en enfermería 88

Formación continua y desarrollo profesional 88

Evaluación de desempeño 89

Aplicación al contexto ecuatoriano y latinoamericano 89

CAPÍTULO 12. DIRECCIÓN DE EQUIPOS DE ENFERMERÍA 92

Competencias 92

Introducción 92

La dirección como función administrativa aplicada 93

Fundamentos teóricos de la motivación laboral 93
Motivación y desempeño en el equipo de enfermería 93
Fundamentos de la delegación en enfermería 94
Marco ético y legal de la delegación 95
Fundamentos de la toma de decisiones clínicas 95
Factores que influyen en la toma de decisiones clínicas 96
Aplicación al contexto ecuatoriano y latinoamericano 97
CAPÍTULO 13. GESTIÓN DE CONFLICTOS Y CLIMA LABORAL 99
Competencias 99
Introducción 99
Fundamentos del conflicto organizacional 100
Conflicto, discriminación y violencia laboral en enfermería 100
Estrategias de gestión de conflictos 101
Comunicación asertiva y prevención de conflictos 102
Fundamentos del clima organizacional 102
Clima laboral y calidad del cuidado 102
Mecanismos institucionales de gestión de conflictos y clima 103
Aplicación al contexto ecuatoriano y latinoamericano 104
CAPÍTULO 14. COMUNICACIÓN ORGANIZACIONAL Y TRABAJO INTERDISCIPLINARIO 106
Competencias 106
Introducción 106
Comunicación interprofesional en salud 107
Herramientas estructuradas de comunicación clínica 108
Evidencia sobre comunicación interprofesional y seguridad del paciente 109
Trabajo interdisciplinario y sesiones clínicas conjuntas 109

Cultura organizacional y comunicación 110

Comunicación asertiva y escucha activa en el equipo interdisciplinario 110

Estrategias institucionales para mejorar la comunicación y el trabajo en equipo 110

CAPÍTULO 15. GESTIÓN DE RECURSOS MATERIALES, INSUMOS Y TECNOLOGÍA SANITARIA 113

Competencias 113

Introducción 113

Gestión de inventarios 115

El método ABC de clasificación de inventarios 115

Cadena de suministro y logística hospitalaria 116

Gestión de inventarios y disponibilidad de medicamentos 116

Tecnología sanitaria: concepto y ciclo de vida 117

Mantenimiento de equipos biomédicos 118

Gestión Lean y mejora continua en logística hospitalaria 118

Sistemas de información y tecnología aplicada a la gestión de recursos 118

Aplicación al contexto ecuatoriano y latinoamericano 119

Indicadores de gestión de recursos materiales y tecnología sanitaria 119

Estudio de caso aplicado: de la falla logística al plan de mejora 120

Síntesis del capítulo 121

Actividades sugeridas para estudiantes 121

CAPÍTULO 16. PRESUPUESTO Y GESTIÓN FINANCIERA DEL SERVICIO DE ENFERMERÍA 122

Competencias 122

Introducción 122

Fundamentos de la gestión financiera en salud 123

Tipos de presupuesto 123

Estructura de costos en salud 124

El presupuesto del servicio de enfermería 124
Asignación de recursos financieros y calidad hospitalaria 125
Herramientas de gestión de costos hospitalarios 126
Análisis costo-efectividad en la gestión de enfermería 126
Rendición de cuentas y gobernanza financiera 127
Aplicación al contexto ecuatoriano y latinoamericano 128
Indicadores de gestión financiera aplicados a enfermería 128
Estudio de caso aplicado: de la desviación presupuestaria al ajuste informado 128
CAPÍTULO 17. PROYECTOS Y PROCESOS ADMINISTRATIVOS DE INVERSIÓN EN LAS UNIDADES DE SALUD 132
Competencias 132
Introducción 132
Fundamentos de los proyectos de inversión en salud 133
El ciclo de vida de un proyecto de inversión pública 133
Identificación del problema y diagnóstico 133
La metodología de marco lógico 134
Formulación de un proyecto de inversión en un servicio de enfermería 135
Evaluación de proyectos de inversión 136
El proceso administrativo de inversión pública en el Ecuador 136
Ejecución y seguimiento de proyectos de inversión 137
Sostenibilidad de los proyectos de inversión en salud 137
El rol de la enfermera gestora en los proyectos de inversión 137
Aplicación al contexto ecuatoriano y latinoamericano 138
CAPÍTULO 18. SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN ENFERMERÍA 140
Competencias 140
Fundamentos de los sistemas de información en salud 141

La historia clínica electrónica 142
El registro clínico de enfermería 142
Calidad del registro clínico de enfermería 143
Indicadores de calidad de los sistemas de información 144
Interoperabilidad y continuidad del cuidado 145
Barreras de apropiación tecnológica 145
Seguridad de la información y confidencialidad 146
Aplicación al contexto ecuatoriano y latinoamericano 146
Actividades sugeridas para estudiantes 148
SECCIÓN III. ADMINISTRACIÓN CLÍNICA DEL CUIDADO 149
CAPÍTULO 14. EL PAE COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN CLÍNICA: DE LA VALORACIÓN AL PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO 150
Competencias 150
Introducción 150
Fundamentos del PAE como tecnología de gestión clínica 151
Del método disciplinar al instrumento de gestión 151
Ámbitos de responsabilidad: el modelo tripartito 152
Valoración: de la recolección de datos a la estratificación del caso 153
Diagnóstico confirmatorio y razonamiento clínico 154
Planificación: resultados NOC, intervenciones NIC y planes estandarizados 155
Ejecución, evaluación, registro electrónico e indicadores 157
CAPÍTULO 15. CLASIFICACIÓN DE PACIENTES Y ASIGNACIÓN DEL CUIDADO SEGÚN COMPLEJIDAD 160
Competencias 160
Introducción 160
Fundamentos: complejidad, dependencia y carga de trabajo 161
Sistemas e instrumentos de clasificación de pacientes 162

De la clasificación a la dotación: cálculo de personal 163
Fórmulas de trabajo 163
Del cálculo a la distribución por turnos 164
Modelos de asignación del cuidado y mezcla de competencias 164
La asignación según complejidad 165
Mezcla de competencias: el límite de la sustitución 165
Implementación y evaluación en la unidad 166
Validación y control de calidad 166
Indicadores de seguimiento 166
Consideraciones para el contexto ecuatoriano 167
CAPÍTULO 16. CONTINUIDAD DEL CUIDADO: ADMISIÓN, TRANSFERENCIA Y ALTA 169
Competencias 169
Introducción 169
Fundamentos de la continuidad del cuidado 170
Tres formas de continuidad 170
El continuo asistencial como cadena de transiciones 170
Admisión: valoración inicial y planificación temprana del alta 171
Transferencias y traspaso de información 172
Traslado del paciente crítico 173
Alta y transición al domicilio 173
Seguridad del paciente en las transiciones 174
CAPÍTULO 17. GESTIÓN CLÍNICA INTERDISCIPLINARIA Y RONDAS DE SEGURIDAD 178
Competencias 178
Introducción 178

Fundamentos de la gestión clínica interdisciplinaria 179
Rondas interdisciplinarias estructuradas 180
Rondas de seguridad y rondas de liderazgo 182
Herramientas de apoyo: huddles, listas de verificación y comunicación estructurada 183
Cultura de seguridad y trabajo en equipo 184
Implementación, indicadores y contexto ecuatoriano 185
CAPÍTULO 18. PROTOCOLOS, GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA Y ESTANDARIZACIÓN DE PROCESOS ASISTENCIALES 189
Competencias 189
Introducción 189
Variabilidad clínica y estandarización del cuidado 190
Variabilidad justificada e injustificada 190
Qué significa estandarizar 190
Jerarquía de los documentos normativos 191
Guías de práctica clínica basadas en evidencia 191
Protocolos de enfermería y procedimientos normalizados 193
Vías clínicas y estandarización de procesos asistenciales 194
Implementación de guías y protocolos: de la norma a la práctica 196
SECCIÓN IV. CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE 202
CAPÍTULO 19. SISTEMAS DE GESTIÓN DE CALIDAD EN ENFERMERÍA: NORMAS ISO Y ACREDITACIÓN HOSPITALARIA 203
Competencias 203
Introducción 203
Fundamentos de la gestión de la calidad en salud 204
Del control de calidad a la gestión de la calidad 204
Normas ISO aplicadas a los servicios de salud 206
Acreditación hospitalaria 209

El servicio de enfermería dentro del sistema de gestión de calidad 211
Implantación y contexto ecuatoriano 213
Actividades para estudiantes 216
CAPÍTULO 20. INDICADORES DE CALIDAD DEL CUIDADO Y AUDITORÍA DE ENFERMERÍA 217
Competencias 217
Introducción 218
Fundamentos de la medición de la calidad del cuidado 218
Qué es un indicador de calidad 218
El modelo de estructura, proceso y resultado 219
Indicadores sensibles a la práctica de enfermería 220
Diseño y construcción de indicadores 221
Un sistema de indicadores para el cuidado de enfermería 222
Análisis, interpretación y comunicación de los indicadores 223
Auditoría de enfermería 224
Aplicación en el contexto ecuatoriano 228
Síntesis 229
Actividades para estudiantes 230
CAPÍTULO 21. BIOSEGURIDAD Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD 231
Competencias 231
Introducción 232
Las infecciones asociadas a la atención en salud como problema de calidad y seguridad 232
Magnitud del problema 232
Cadena de transmisión y factores de riesgo 233
Dotación, carga de trabajo e infecciones 233

Programas de prevención y control de infecciones 234
Componentes básicos de un programa 234
Organización y funciones de enfermería 234
Vigilancia epidemiológica y gestión de brotes 234
Precauciones estándar y basadas en la transmisión 235
Higiene de manos 235
Equipo de protección personal 236
Precauciones basadas en la transmisión y aislamiento 236
Prevención de infecciones asociadas a dispositivos y procedimientos 237
El enfoque de paquetes de medidas 237
Principales paquetes de medidas en la práctica de enfermería 237
Bioseguridad del entorno y del trabajador 237
Limpieza, desinfección y esterilización 237
Gestión de desechos sanitarios 238
Gestión de enfermería y contexto ecuatoriano 239
La Norma Técnica de Prevención y Control de IAAS 239
Responsabilidades de la jefatura de enfermería 239
Indicadores de prevención y control de infecciones 240
Síntesis 240
Actividades para estudiantes 241
CAPÍTULO 22. MEJORA CONTINUA: CICLO PHVA APLICADO A SERVICIOS DE ENFERMERÍA 242
Competencias 243
Introducción 243
Fundamentos de la mejora continua 244
Origen y evolución del ciclo de mejora 244
El ciclo PHVA en los sistemas de gestión de calidad 244

Principios de la mejora continua en enfermería 244
Las fases del ciclo PHVA 245
Herramientas para la mejora continua 248
Modelos relacionados con el ciclo PHVA 249
Evidencia sobre el ciclo PHVA en enfermería 250
Gestión de la mejora continua en el servicio de enfermería 250
SECCIÓN V. INNOVACIÓN, INVESTIGACIÓN Y TENDENCIAS EN GESTIÓN DE ENFERMERÍA 271
CAPÍTULO 23. INVESTIGACIÓN APLICADA A LA GESTIÓN DE SERVICIOS DE ENFERMERÍA 272
Competencias 272
Introducción 272
La investigación en la gestión de enfermería 273
Prioridades y preguntas de investigación 275
Diseños de investigación aplicados a la gestión 278
Fuentes de datos y medición 280
Ética, integridad y difusión 281
Capacidad investigadora y contexto ecuatoriano 282
Síntesis 283
Actividades para estudiantes 284
CAPÍTULO 22. TECNOLOGÍAS EMERGENTES: TELEMEDICINA, IA Y AUTOMATIZACIÓN EN LA GESTIÓN DEL CUIDADO 286
Competencias 286
Introducción 286
Transformación digital y gestión del cuidado 287
Concepto y alcance 287
Marcos internacionales y política nacional 288

Telemedicina y teleenfermería 289
Organización de un servicio de teleenfermería 290
Inteligencia artificial en la gestión del cuidado 291
Predicción de la carga de trabajo y planificación de la dotación 292
Alertas tempranas y apoyo a la decisión 293
IA generativa y documentación 293
Percepciones del personal de enfermería 294
Automatización y robótica 294
Gobernanza, ética y seguridad de la información 295
Marco normativo 296
El papel de la gestión de enfermería en la adopción tecnológica 296
Evaluación e indicadores 298
Síntesis 299
Actividades para estudiantes 300
CAPÍTULO 23. ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA COMO SUSTENTO DE LA TOMA DE DECISIONES ADMINISTRATIVAS 302
Competencias 302
Introducción 302
De la práctica clínica basada en la evidencia a la gestión basada en la evidencia 303
Concepto y evolución 303
El proceso de toma de decisiones basadas en la evidencia 305
Modelos de práctica basada en la evidencia 308
La evidencia aplicada a las decisiones de gestión 309
Dotación y organización del cuidado 310
Liderazgo, competencias y cultura de la evidencia 311
La enfermería basada en la evidencia en el contexto ecuatoriano 313

CAPÍTULO 24. Tendencias globales y retos futuros de la gestión en enfermería, incluyendo innovación en liderazgo 316
Competencias 316
Introducción 316
Panorama mundial y regional de la enfermería 317
Tendencias que transforman la gestión del cuidado 320
Retos futuros de la gestión de enfermería 322
Innovación en liderazgo 322
Desarrollo del liderazgo y planificación de la sucesión 325
Prospectiva: una agenda para la gestión de enfermería en el Ecuador 326
Glosario general 332
Referencias 359

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Línea del tiempo de la evolución histórica de la administración en enfermería 8
Figura 2. Del control operativo al liderazgo transformacional: comparación de paradigmas. Evolución de los Paradigmas en la Gestión de los Servicios de Enfermería 10
Figura 3. Cuadro comparativo: Administración vs. Gestión vs. Gerencia 16
Figura 4. Pirámide de niveles: gerencia, administración y gestión 17
Figura 5. Los cuatro enfoques administrativos y su nivel de análisis 24
Figura 6. El Servicio de enfermería como sistema abierto 25
Figura 7. Los tres modelos de Gestión del cuidado y su nivel de aplicación 28
Figura 8. Mapa de procesos de un servicio de enfermería según el modelo ecuatoriano 31
Figura 9. Mapa conceptual del proceso administrativo cíclico 36
Figura 10. Ejemplo aplicado: del Control a la nueva planificación. (Ciclo de mejora a partir de un indicador de control en un servicio de enfermería) 39
Figura 11. Los tres registros: ética, deontología, y derecho 42
Figura 12. Tipos de responsabilidad derivados de la mala práctica profesional 45
Figura 13. Los cuatro componentes del liderazgo transformacional en la gestión de enfermería 50
Figura 14. Del estilo del liderazgo a los resultados institucionales 51
Figura 15. Organigrama tipo de un servicio de enfermería hospitalario 65
Figura 16. Estructura organizativa y mapa de procesos, una correspondencia 67
Figura 17. Matriz FODA aplicada a un servicio de enfermería 72
Figura 18. De la planificación estratégica a la política de calidad y el control 73
Figura 19. Del sistema de clasificación de pacientes a la dotación de personal 81
Figura 20. **Turnos** de 12 horas frente a turnos de 7-8 horas: balance de evidencia 81
Figura 21. Ciclo continuo de la Gestión de Talento Humano en Enfermería 85
Figura 22. Inducción general y específica, y su articulación con las etapas del ciclo continuo de gestión del talento humano 88
Figura 23. Modelo de etapas de la toma de decisiones clínicas y factores modulares 95
Figura 24. Modelo integrado de dirección: motivar, delegar y decidir 97
Figura 25. Niveles de conflicto organizacional en enfermería 101
Figura 26. Dimensiones del Clima Laboral n un Servicio de Enfermería 103

Figura 27. Modelo de comunicación estructurada en el traspaso del turno. SBAR 109
Figura 28. Barreras y facilitadores de la comunicación interprofesional en salud enfoque jeràrgico y cultural 111
Figura 29. Ciclo de gestiòn de inventarios de insumos en un servicio de enfermerìa 115
Figura 30. Ciclo de vida de la tecnología sanitaria 117
Figura 31. Ciclo presupuestario de un servicio de enfermería 125
Figura 32. Matriz de estructura de costos en un servicio de enfermería 127
Figura 33. Estructura de marco lógico 135
Figura 34. Del registro clínico a la toma de decisiones el ciclo de la información 143
Figura 35. Componentes de un registro clínico de enfermería completo 145
Figura 36. Ciclo del PAE integrado con la gestión de casos 152
Figura 37. Lógica de enlace NANDA-I, NOC y NIC en un plan estandarizado 156
Figura 38. Barreras y facilitadores de la implementación de guías y protocolos en enfermería, por nivel 197
Figura 39. Ciclo de vida de una guía o protocolo institucional de enfermería 198
Figura 40. El sistema de gestión de calidad de un servicio de enfermería 205
Figura 41. Ruta de implementación de un sistema de gestión de calidad hacia la certificación o la acreditación 208
Figura 42. Modelo de estructura, proceso y resultado aplicado a la prevención de lesiones por presión 220
Figura 43. Ciclo de auditoría clínica de enfermería 227
Figura 44. El ciclo de la investigación aplicada a la gestión de enfermería 274
Figura 45. Selección del diseño de investigación según la pregunta de gestión 276
Figura 46. Ecosistema de tecnologías emergentes en la gestión del cuidado 288
Figura 47. Hoja de ruta para la adopción de una tecnología en un servicio de enfermería 298
Figura 48. Las cuatro fuentes de evidencia en la toma de decisiones administrativas 305
Figura 49. El proceso de toma de decisiones basadas en la evidencia en la gestión de enfermería 306
Figura 50. Tendencias globales y retos de la gestión de enfermería 319
Figura 51. Del liderazgo jerárquico al liderazgo relacional en enfermería 325

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estructura general de una matriz de marco lógico aplicada a un proyecto de inversión en salud 134
Tabla 2. Dimensiones de la calidad de la atención y ejemplos en el cuidado de enfermería 205
Tabla 3. Requisitos de la norma ISO 9001 y su aplicación en un servicio de enfermería 207
Tabla 4. Comparación de los principales modelos de gestión de calidad aplicados en hospitales 210
Tabla 5. Responsabilidades de la gestión de enfermería en el sistema de gestión de calidad 212
Tabla 6. Diferencias entre investigación, mejora de la calidad y práctica basada en la evidencia 274
Tabla 7. Ejemplos de líneas y preguntas de investigación en gestión de servicios de enfermería 276
Tabla 8. Diseños de investigación útiles en la gestión de enfermería 278
Tabla 9. Modalidades de telesalud y aplicaciones en la gestión del cuidado 289
Tabla 10. Aplicaciones de la inteligencia artificial en la gestión del cuidado 292
Tabla 11. Riesgos de las tecnologías emergentes y controles de gestión 295
Tabla 12. Indicadores para evaluar una tecnología en un servicio de enfermería 299
Tabla 13. Fuentes de evidencia para la toma de decisiones administrativas en enfermería 304
Tabla 14. Ejemplos de preguntas administrativas estructuradas en formato PICOC 306
Tabla 15. Ejemplos de evidencia reciente aplicable a decisiones administrativas de enfermería 309
Tabla 16. Barreras para la gestión y la práctica basadas en la evidencia y estrategias de la gestión de enfermería 312
Tabla 17. Cifras clave de la fuerza laboral de enfermería en el mundo, 2025 317
Tabla 18. Tendencias globales y sus implicaciones para la gestión de enfermería 320
Tabla 19. Enfoques innovadores de liderazgo en enfermería 323
Tabla 20. Agenda de acción para la gestión de enfermería en el Ecuador 326

RESUMEN EJECUTIVO

La administración de los servicios de enfermería constituye un componente decisivo de la calidad asistencial y de la seguridad del paciente. La evidencia internacional demuestra que la dotación insuficiente, la gestión fragmentada y el liderazgo débil se traducen en peores resultados clínicos y en mayores costos para los sistemas de salud.

Este libro ofrece a estudiantes de grado y posgrado, docentes y profesionales en ejercicio un texto que articula los fundamentos de la administración con la realidad asistencial del Ecuador y de América Latina, desde una perspectiva científica, ética y orientada a la práctica.

La obra se organiza en treinta y un capítulos agrupados en cinco secciones. La primera desarrolla los fundamentos teóricos: evolución histórica, teorías administrativas, modelos de gestión del cuidado, proceso administrativo, marco legal y deontológico y liderazgo. La segunda aborda la organización y los recursos del servicio, con énfasis en la estructura organizativa, la planificación estratégica, la dotación y el desarrollo del talento humano, la comunicación, la gestión de conflictos, los recursos materiales, el presupuesto, los proyectos de inversión y los sistemas de información.

La tercera se centra en la administración clínica del cuidado mediante el Proceso de Atención de Enfermería, la continuidad asistencial y la estandarización de procesos. La cuarta trata la calidad y la seguridad del paciente a través de normas de acreditación, indicadores, auditoría, bioseguridad y mejora continua. La quinta examina la investigación aplicada, las tecnologías emergentes, la enfermería basada en la evidencia y las tendencias globales de la gestión.

Cada capítulo incluye glosario, competencias, desarrollo temático, síntesis y actividades de aprendizaje; las secciones cierran con cuestionarios de autoevaluación y, en varios casos, con casos clínicos resueltos con la taxonomía NANDA-I. El libro sostiene que gestionar con método, evidencia y liderazgo es una forma de cuidar.

Palabras clave: administración de los servicios de salud; gestión del cuidado; liderazgo en enfermería; calidad de la atención de salud; seguridad del paciente; enfermería basada en la evidencia.

ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA

Pocas profesiones sanitarias conocen tan de cerca la distancia que separa la norma escrita de la realidad de una sala de hospitalización como la enfermería. Quien coordina un servicio debe resolver, en un mismo turno, la ausencia imprevista de una colega, la falta de un insumo crítico, la transferencia de un paciente inestable y la exigencia de registrar cada decisión con rigor. Esa experiencia cotidiana demuestra que administrar no es una tarea ajena al cuidado, sino una de sus condiciones de posibilidad.

Cuando la gestión falla, el cuidado se fragmenta; cuando se ejerce con método, la atención gana continuidad, seguridad y sentido.

El panorama internacional confirma la magnitud del desafío. La Organización Mundial de la Salud (World Health Organization [WHO], 2025) reconoce que la fuerza laboral de enfermería ha crecido en la última década, pero advierte que su distribución sigue siendo desigual y que numerosos países no logran formar, contratar ni retener al personal que necesitan.

La relación entre dotación y resultados ya no admite discusión: en hospitales del Servicio Nacional de Salud inglés, los turnos con menos enfermeras registradas de lo habitual se asociaron con un mayor riesgo de mortalidad (Zaranko et al., 2023), y la evaluación económica posterior concluyó que eliminar esa infradotación constituye una inversión costo-efectiva (Saville et al., 2025). Estos hallazgos desplazan la administración de enfermería del terreno burocrático al de la seguridad del paciente.

En América Latina la cuestión adquiere matices propios. Los sistemas públicos conviven con presupuestos restringidos, estructuras jerárquicas heredadas y reformas inspiradas en la nueva gestión pública, cuyo énfasis en los resultados exige a las jefaturas de enfermería competencias que la formación tradicional no siempre ofreció (Bravo-Cedeño y Vegas-Meléndez, 2023). La revisión de Solarte Portilla et al. (2024) muestra que la gestión por procesos avanza en la región, aunque de forma desigual y a menudo desconectada de la práctica clínica.

En el Ecuador, la Política Nacional de Transformación Digital del Sector Salud 2024-2034 (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2025) anticipa un escenario en el que la historia clínica electrónica, la telemedicina y el análisis de datos formarán parte del trabajo diario de quienes dirigen servicios.

El liderazgo es el eje que articula estas transformaciones. Los estudios recientes describen un tránsito desde estilos de mando rígidos hacia modelos transformacionales, vinculados con mejor clima organizacional y mayor compromiso de los equipos (Gonzales Castillo et al., 2023; Ramos et al., 2024).

Ese liderazgo ya no puede sostenerse solo en la intuición o en la antigüedad: requiere competencias para incorporar la evidencia científica en las decisiones administrativas (Koivunen et al., 2024) y para conducir con criterio la adopción de herramientas basadas en inteligencia artificial, cuyo impacto sobre la gestión enfermera comienza a documentarse (Gonzalez-García et al., 2024). La enfermera gestora contemporánea es, a la vez, clínica, administradora, investigadora y agente de cambio.

Esta obra nace de esa convicción. Su propósito es ofrecer a estudiantes de grado y posgrado, docentes y profesionales en ejercicio un texto que integre los fundamentos de la administración con la realidad asistencial del país y de la región, sin renunciar al rigor conceptual ni a la utilidad práctica.

Lejos de presentar la gestión como un repertorio de fórmulas, el libro la entiende como una disciplina en construcción, que se nutre de la teoría administrativa general, de los modelos propios de enfermería y de la experiencia acumulada en los servicios.

El contenido se organiza en treinta y un capítulos distribuidos en cinco secciones. La primera reúne los fundamentos teóricos: la evolución histórica de la administración en enfermería, las teorías administrativas, los modelos de gestión del cuidado, el proceso administrativo, el marco legal y deontológico y el liderazgo.

La segunda aborda la organización y los recursos del servicio, desde la estructura organizativa y la planificación estratégica hasta la dotación de personal, el desarrollo del talento humano, la gestión de conflictos, la comunicación, los recursos materiales, el presupuesto, los proyectos de inversión y los sistemas de información. La tercera se dedica a la administración clínica del cuidado, con el Proceso de Atención de Enfermería como herramienta de gestión, la continuidad asistencial, las rondas de seguridad y la estandarización mediante protocolos y guías.

La cuarta trata la calidad y la seguridad del paciente a través de los sistemas de gestión, los indicadores y la auditoría, la bioseguridad y el ciclo de mejora continua. La quinta examina la investigación aplicada, las tecnologías emergentes, la enfermería basada en la evidencia y las tendencias que marcarán la gestión en los próximos años.

Cada capítulo conserva una estructura didáctica común: glosario de términos, competencias por desarrollar, introducción, desarrollo temático, síntesis y actividades para el estudiante. Las

secciones cierran con cuestionarios de autoevaluación que el docente puede emplear como banco de ítems y, en varios casos, con casos clínicos resueltos con la taxonomía NANDA-I. Las referencias privilegian la producción científica reciente, con especial atención a autores latinoamericanos y ecuatorianos.

Quien recorra estas páginas encontrará menos certezas cerradas que preguntas bien planteadas. ¿Cómo dotar un servicio con recursos insuficientes sin comprometer la seguridad? ¿Qué indicadores reflejan de verdad la calidad del cuidado? ¿Cómo liderar equipos diversos en instituciones que cambian con rapidez? Responderlas exige conocimiento, juicio profesional y compromiso con las personas que reciben cuidados. A ese esfuerzo, compartido por la academia y los servicios de salud, pretende contribuir este libro.

SECCIÓN I.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA ADMINISTRACIÓN EN ENFERMERÍA

CAPÍTULO 1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA ADMINISTRACIÓN EN ENFERMERÍA

Competencias

1. Analizar los hitos históricos que marcaron la transición de la enfermería empírica hacia una disciplina administrativa científica.
2. Relacionar los aportes de las escuelas administrativas clásicas con su aplicación al campo de la gestión del cuidado.
3. Argumentar, con base en evidencia actualizada, la vigencia del pensamiento de Florence Nightingale en los modelos contemporáneos de gestión hospitalaria.
4. Identificar las etapas de profesionalización de la administración en enfermería en el contexto ecuatoriano y latinoamericano.
5. Valorar críticamente la evolución del liderazgo enfermero como competencia gerencial indispensable en los sistemas de salud actuales.
6. Explicar los principios de la nueva gestión pública y su aplicación a la gobernanza de instituciones hospitalarias.
7. Diferenciar los modelos de gestión por procesos de los modelos administrativos jerárquicos tradicionales.

Introducción

La administración en enfermería no nació como disciplina autónoma, sino como una necesidad práctica derivada de la organización del cuidado en contextos de crisis sanitaria, escasez de recursos y alta mortalidad hospitalaria.

Comprender su evolución histórica permite al profesional actual reconocer que la gestión del cuidado y la gestión de los servicios no son prácticas nuevas, sino la maduración de un proceso iniciado hace más de siglo y medio, que continúa hoy con la incorporación de modelos de gobernanza institucional y de gestión por procesos en los sistemas de salud latinoamericanos.

Administración de los servicios de enfermería: Gestión, liderazgo y calidad del cuidado

Este capítulo recorre, con mayor profundidad que una introducción convencional, los hitos que configuraron a la enfermería como disciplina con capacidad administrativa propia: desde los antecedentes premodernos del cuidado organizado, pasando por la sistematización estadística y sanitaria de Florence Nightingale, la incorporación de las teorías administrativas clásicas, la consolidación de un liderazgo enfermero orientado a la calidad, hasta el proceso específico de profesionalización en el Ecuador y la adopción de modelos contemporáneos de gobernanza hospitalaria como la nueva gestión pública.

Antecedentes del cuidado organizado

Antes de constituirse como profesión regulada, el cuidado de enfermos se ejerció durante siglos bajo lógicas comunitarias, religiosas o caritativas, sin una estructura administrativa formal. Esta etapa se caracterizó por la ausencia de estandarización, la transmisión oral del conocimiento y la dependencia casi total de instituciones religiosas para la organización de la atención (Naranjo-Hernández, 2026).

Este antecedente resulta relevante porque explica por qué la administración en enfermería debió construirse, más adelante, apoyándose en marcos teóricos ajenos a la disciplina, principalmente de la administración general, antes de desarrollar un cuerpo propio de conocimiento gerencial. La ausencia de sistematización en esta etapa temprana también explica la lentitud con la que, siglos después, se reconocería jurídicamente la autonomía profesional de quienes ejercían el cuidado

Florence Nightingale y la fundación de la enfermería moderna

El punto de inflexión más citado en la literatura reciente sigue siendo la intervención de Florence Nightingale durante la Guerra de Crimea (1854-1856). Turkowski y Turkowski (2024) destacan que Nightingale no solo reorganizó las condiciones sanitarias de los hospitales militares británicos, sino que aplicó de forma pionera el análisis estadístico para demostrar que la mayoría de las muertes de soldados no se debían a heridas de combate, sino a enfermedades prevenibles asociadas a condiciones insalubres.

Esta evidencia le permitió argumentar, con datos, la necesidad de reformas sanitarias y de gestión hospitalaria, consolidándola como pionera tanto de la enfermería profesional como de la gerencia hospitalaria basada en evidencia.

Una revisión integradora reciente sobre su legado agrupa sus aportes en cuatro núcleos temáticos: el pensamiento holístico y humanista del cuidado, la reforma ambiental y hospitalaria, la vigencia

de sus principios durante la pandemia de COVID-19, y su impacto en la formación profesional y social de la enfermería (Naranjo-Hernández, 2026).

Esta síntesis resulta especialmente útil para el estudiante actual, porque evidencia que los principios de bioseguridad, gestión ambiental hospitalaria y toma de decisiones basada en datos, hoy centrales en la administración de servicios de salud, tienen su origen documentado en la práctica de Nightingale, y no son exclusivamente construcciones administrativas contemporáneas. Su legado, además, antecede casi un siglo a la formalización de la administración como campo científico independiente, lo que subraya el carácter pionero, y no derivado, de su aporte a la gestión sanitaria.



Figura 1. Línea del tiempo de la evolución histórica de la administración en enfermería

La secuencia histórica distingue la organización inicial del cuidado, la sistematización impulsada por Florence Nightingale y la posterior incorporación de enfoques administrativos. Su lectura permite reconocer que la gestión enfermera no apareció como una actividad exclusivamente burocrática: respondió a problemas de coordinación, higiene, continuidad y seguridad de la atención.

Fuente: Elaboración propia con base en Naranjo-Hernández (2026

La figura permite interpretar el contenido de la siguiente manera: la secuencia histórica permite distinguir un cambio decisivo: la organización del cuidado dejó de depender exclusivamente de prácticas institucionales heredadas y comenzó a incorporar observación sistemática, criterios

sanitarios y gestión profesional. Esta lectura ayuda a relacionar los antecedentes del capítulo con las actuales exigencias de planificación y evaluación de los servicios.

La incorporación de las teorías administrativas clásicas

Durante el siglo XX, la enfermería incorporó progresivamente los marcos teóricos de la administración general. La escuela científica aportó herramientas de estandarización de tareas y control de tiempos que se tradujeron, en el ámbito clínico, en protocolos y procedimientos estandarizados. El enfoque funcional contribuyó a definir líneas de mando, niveles jerárquicos y división de responsabilidades dentro de los servicios de enfermería.

Más adelante, el enfoque humanista introdujo una mirada centrada en la motivación, el trabajo en equipo y las relaciones interpersonales, elementos que hoy se reconocen como determinantes de la calidad del cuidado (Troncoso-Pérez y Villanueva-Martínez, 2023).

Es importante destacar que esta incorporación no fue lineal ni simultánea en todos los contextos: los sistemas de salud latinoamericanos adoptaron estos marcos con ritmos distintos, condicionados por su propio desarrollo institucional, la regulación profesional local y la disponibilidad de programas formales de formación en gestión para el personal de enfermería. Esta heterogeneidad regional se retoma con mayor detalle en el apartado 3.6, dedicado específicamente al contexto ecuatoriano.

Profesionalización y consolidación disciplinar

La gestión del cuidado se consolidó como función privativa de enfermería a medida que los marcos legales de distintos países reconocieron explícitamente esta responsabilidad.

Troncoso-Pérez y Villanueva-Martínez (2023) identifican, a partir de una revisión de la literatura reciente, que las competencias de gestión más valoradas en la práctica actual, comunicación, trabajo en equipo, resolución de conflictos y liderazgo, coinciden precisamente con aquellas que distinguen a la gestión del cuidado de la administración general, evidenciando que la disciplina no solo importó teorías externas, sino que las adaptó a su naturaleza relacional y humana.

Este proceso de adaptación es también un proceso de conquista de autonomía profesional: a mayor reconocimiento legal de la gestión del cuidado como función privativa, mayor capacidad de decisión independiente del personal de enfermería dentro de su ámbito de competencia.

La administración en enfermería en el contexto ecuatoriano y latinoamericano

El proceso de profesionalización descrito en términos generales en el apartado 1.4 tiene, en el Ecuador, hitos concretos de regulación. Cordero Pincay et al. (2024), en una revisión sistemática sobre el profesionalismo de la enfermería en las carreras sanitarias del país, identifican cuatro roles autónomos que definen el perfil de egreso del profesional de enfermería: asistencial, administrativo, investigativo y docente.

Los autores destacan que, desde 2015, los egresados de la carrera rinden el Examen de Habilitación para el Ejercicio Profesional (EHEP), gestionado por el Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CACES), como requisito obligatorio para ejercer la profesión, lo que constituye un mecanismo formal de aseguramiento de la calidad educativa y, por extensión, de la calidad de la gestión del cuidado que ese profesional ejercerá posteriormente.

Este hallazgo es significativo para la administración en enfermería porque evidencia que el rol administrativo no es una función optativa o secundaria dentro del ejercicio profesional ecuatoriano, sino uno de los cuatro pilares reconocidos formalmente en el perfil de egreso (Cordero Pincay et al., 2024). En consecuencia, la formación en administración y gestión de servicios, como la que ofrece este libro, responde directamente a una exigencia curricular y normativa, y no únicamente a una necesidad práctica del ejercicio profesional.

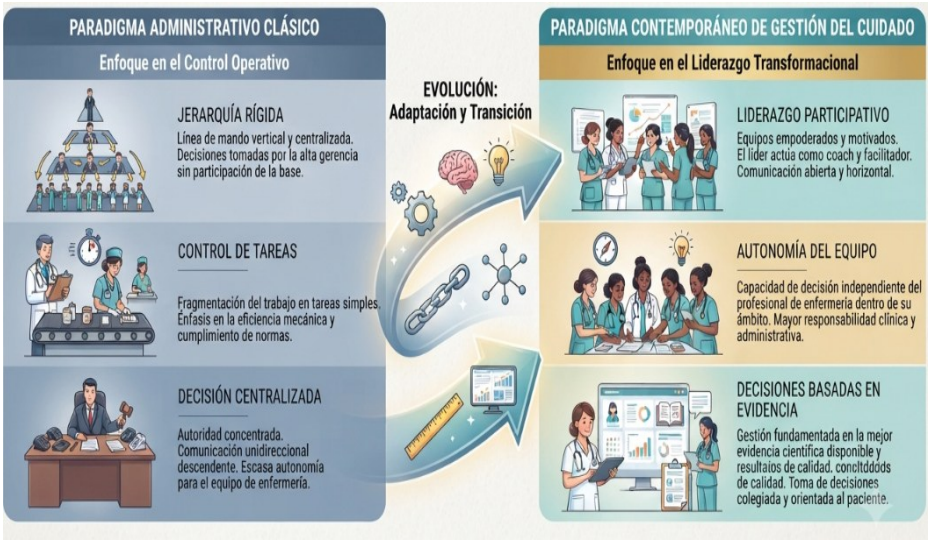


Figura 2. Del control operativo al liderazgo transformacional: comparación de paradigmas.

Evolución de los Paradigmas en la Gestión de los Servicios de Enfermería

La comparación ayuda a distinguir el control centrado en la jerarquía de las prácticas que promueven participación y autonomía profesional. No implica que toda estructura formal sea

prescindible; muestra que la dirección del equipo debe combinar responsabilidades definidas con comunicación, evidencia y corresponsabilidad en el cuidado.

Fuente: Elaboración propia con base a Villanueva-Martínez (2023

La figura permite interpretar el contenido de la siguiente manera: la comparación contrapone las decisiones centradas en control jerárquico con las prácticas de participación, coordinación y uso de evidencia. No implica que el control administrativo desaparezca: cambia su función al integrarse con la responsabilidad profesional, la colaboración del equipo y la calidad asistencial.

Modelos actuales de gobernanza y gestión hospitalaria

La transición hacia modelos de liderazgo participativo, que se analiza en el capítulo 7, se enmarca, a nivel institucional, en una transformación más amplia de la gobernanza hospitalaria.

Bravo-Cedeño y Vegas-Meléndez (2023) analizan la aplicación del modelo de la nueva gestión pública a la administración de hospitales, y sostienen que este enfoque desplaza el énfasis desde el control jerárquico y normativo propio de la administración pública tradicional hacia la orientación a resultados, la eficiencia en el uso de recursos y la rendición de cuentas ante la ciudadanía.

Los autores enmarcan este desplazamiento dentro de una lógica de gobernanza institucional, en la que la legitimidad de la gestión hospitalaria no depende únicamente del cumplimiento normativo, sino también de los resultados obtenidos y de la calidad percibida por los usuarios del servicio.

Este modelo se complementa con la adopción progresiva de la gestión por procesos en instituciones de salud, que organiza el trabajo institucional, incluida la labor de enfermería, como una secuencia de actividades interrelacionadas orientadas a generar valor para el paciente, en contraste con la lógica departamental y fragmentada heredada del enfoque funcional clásico descrito en el apartado 1.3.

Para el profesional de enfermería en funciones de gestión, esto implica que la planificación, ejecución y control de los servicios ya no puede pensarse exclusivamente desde la estructura jerárquica del servicio, sino desde el recorrido completo del paciente a través de la institución.

Síntesis

La administración en enfermería es el resultado de un proceso histórico acumulativo: partió de prácticas de cuidado no sistematizadas, se transformó a partir de la intervención pionera de Florence Nightingale, incorporó y adaptó las teorías administrativas clásicas, y se consolidó como función privativa regulada legalmente en distintos países, incluido el Ecuador, donde hoy forma parte explícita del perfil de egreso profesional.

La evidencia reciente confirma que este proceso no ha concluido: la disciplina continúa evolucionando hacia modelos de liderazgo más participativos y hacia esquemas institucionales de gobernanza y gestión por procesos que exigen del profesional de enfermería una comprensión cada vez más sofisticada de la administración como ciencia aplicada.

Actividades sugeridas para estudiantes

Actividad 1. Línea de tiempo comentada

Modalidad: individual · Duración estimada: 45 minutos (o tarea autónoma)

El/la estudiante elabora su propia línea de tiempo de la evolución histórica de la administración en enfermería (retomando los cinco hitos desarrollados en el capítulo), agregando junto a cada hito una frase propia que explique, en sus palabras, por qué ese hito sigue siendo relevante para la gestión de servicios de enfermería en la actualidad.

Se evalúa la comprensión conceptual, no la exactitud cronológica exacta.

Actividad 2. Debate: ¿el legado de Nightingale es vigencia o mito fundacional?

Modalidad: grupal, debate en plenaria · Duración estimada: 60 minutos

El curso se divide en dos grupos. Un grupo debe argumentar, con base en la evidencia revisada en el capítulo (Turkowski y Turkowski, 2024; Naranjo-Hernández, 2026), que los principios de Florence Nightingale continúan vigentes en la gestión hospitalaria actual (bioseguridad, uso de datos, gestión ambiental). El otro grupo debe argumentar los límites de ese legado frente a los desafíos administrativos contemporáneos (tecnología, gestión por procesos, liderazgo participativo). El docente modera el cierre identificando puntos de consenso

CAPÍTULO 2. INTRODUCCIÓN A LA ADMINISTRACIÓN, GESTIÓN Y GERENCIA

Competencias

1. Analizar los fundamentos y los conceptos esenciales de introducción a la administración, gestión y gerencia en la administración de los servicios de enfermería. 2. Aplicar criterios de gestión basados en evidencia a situaciones relacionadas con el contenido del capítulo. 3. Evaluar decisiones profesionales y sus implicaciones para la calidad del cuidado y la seguridad del paciente.

Introducción

En el lenguaje cotidiano de las instituciones de salud, los términos administración, gestión y gerencia suelen utilizarse como sinónimos intercambiables. Sin embargo, la literatura científica reciente insiste en que se tratade conceptos relacionados pero no equivalentes, cuya distinción tiene consecuencias prácticas directas sobre la manera en que se organiza el trabajo, se asignan responsabilidades y se toman decisiones dentro de un servicio de enfermería.

Este capítulo desarrolla, de forma densa y con apoyo de evidencia actualizada, las definiciones de cada concepto, sus diferencias y complementariedades, los principios de eficiencia, eficacia y efectividad que los atraviesan, y su aplicación concreta al campo de la salud y la enfermería, incluyendo el contexto ecuatoriano y latinoamericano. El objetivo es que el profesional de enfermería egrese de este capítulo con un marco conceptual sólido que le permita moverse con precisión terminológica entre los distintos niveles de responsabilidad institucional que puede llegar a ocupar.

El concepto de administración

La administración se define clásicamente como el proceso de planificar, organizar, dirigir y controlar recursos humanos, financieros y materiales con el fin de alcanzar objetivos institucionales de manera eficiente y eficaz. Iza-Mayorga et al. (2023), en una revisión bibliométrica sobre gestión

administrativa y sistemas de salud, señalan que este campo se encuentra estrechamente vinculado a las ciencias sociales, la administración de empresas, la economía y las ciencias informáticas, lo que explica su carácter interdisciplinario y su constante actualización teórica.

Bajo esta perspectiva, la administración no es una técnica aislada, sino un cuerpo de conocimiento que se nutre de múltiples disciplinas para dar respuesta a la complejidad creciente de las organizaciones de salud.

La administración se comprende habitualmente en una triple dimensión: como ciencia, en tanto genera conocimiento sistematizado y verificable; como técnica, en tanto ofrece herramientas y procedimientos aplicables; y como arte, en tanto su ejercicio exitoso depende también del juicio, la experiencia y la sensibilidad de quien administra. Esta triple naturaleza resulta particularmente visible en enfermería, donde la aplicación de protocolos estandarizados (técnica) convive con la necesidad de adaptar decisiones a contextos clínicos únicos e irrepetibles (arte).

El concepto de gestión

Si la administración se entiende como el proceso integral que define el rumbo de una organización, la gestión suele reservarse para describir la ejecución operativa y cotidiana de ese proceso. Iza-Mayorga et al. (2023) concluyen que, dentro del proceso general de la gestión pública, la gestión administrativa es la que crea las condiciones estratégicas, tácticas y operativas para que las funciones de organización, dirección y control se ejecuten de manera racional y armónica.

En otras palabras, la gestión es el mecanismo mediante el cual la administración se traduce en acción concreta, día a día, dentro de una institución de salud.

En el campo específico de enfermería, este concepto adquiere una identidad propia bajo la denominación de gestión del cuidado, entendida como la función profesional privativa orientada a asegurar la calidad, continuidad y seguridad de la atención (Troncoso-Pérez y Villanueva-Martínez, 2023).

Esta distinción es relevante porque permite comprender que, cuando una enfermera gestiona, no solo administra recursos materiales o humanos en abstracto, sino que gestiona específicamente el proceso de cuidado centrado en la persona, lo que constituye un valor diferencial de la disciplina frente a otras profesiones gestoras del ámbito sanitario.

El concepto de gerencia

La gerencia, por su parte, se ubica habitualmente en el nivel más alto de la estructura organizacional: es la función responsable de la dirección estratégica, de la definición de objetivos

institucionales de largo plazo y de la toma de decisiones que comprometen el rumbo global de la organización.

Bravo-Cedeño y Vegas-Meléndez (2023) enmarcan la gerencia hospitalaria contemporánea dentro del modelo de la nueva gestión pública, que desplaza el énfasis desde el control jerárquico y normativo tradicional hacia la orientación a resultados, la eficiencia en el uso de recursos y la rendición de cuentas ante la ciudadanía. Bajo este enfoque, el gerente de una institución de salud no solo administra procesos internos, sino que también gobierna la relación de la institución con su entorno social, político y económico.

Conviene distinguir, dentro de la gerencia, al menos tres niveles de responsabilidad: el nivel estratégico (dirección general, definición de la visión institucional de largo plazo), el nivel táctico (jefaturas intermedias que traducen la estrategia en planes de mediano plazo) y el nivel operativo (supervisión directa de la ejecución diaria de las actividades). El profesional de enfermería puede ocupar posiciones en cualquiera de estos tres niveles, dependiendo de su trayectoria, formación y del tipo de institución en la que se desempeñe.

Diferencias y relaciones entre administración, gestión y gerencia

A partir de lo expuesto, es posible sintetizar tres criterios centrales de diferenciación entre los tres conceptos.

Primero, un criterio de jerarquía: la gerencia ocupa el nivel más alto de decisión estratégica, la administración articula el proceso completo en sus distintos niveles, y la gestión se concentra en la ejecución operativa.

Segundo, un criterio de alcance temporal: la gerencia suele operar con horizontes de largo plazo, la administración con horizontes de mediano plazo asociados a la planificación, y la gestión con horizontes de corto plazo o inmediatos.

Tercero, un criterio de naturaleza de la decisión: las decisiones gerenciales son predominantemente estratégicas, las administrativas son predominantemente estructurales, y las de gestión son predominantemente operativas.

Es importante advertir que estos tres conceptos no son excluyentes, sino profundamente complementarios: una institución de salud bien dirigida requiere gerencia para definir su rumbo estratégico, administración para estructurar sus procesos, y gestión para ejecutarlos con calidad en el día a día. Un error conceptual frecuente,

tanto en la literatura como en la práctica institucional, es reducir la administración de enfermería exclusivamente a su dimensión operativa (gestión), invisibilizando su capacidad ,cada vez más

reconocida, de ejercer funciones gerenciales de dirección estratégica dentro de las instituciones de salud.

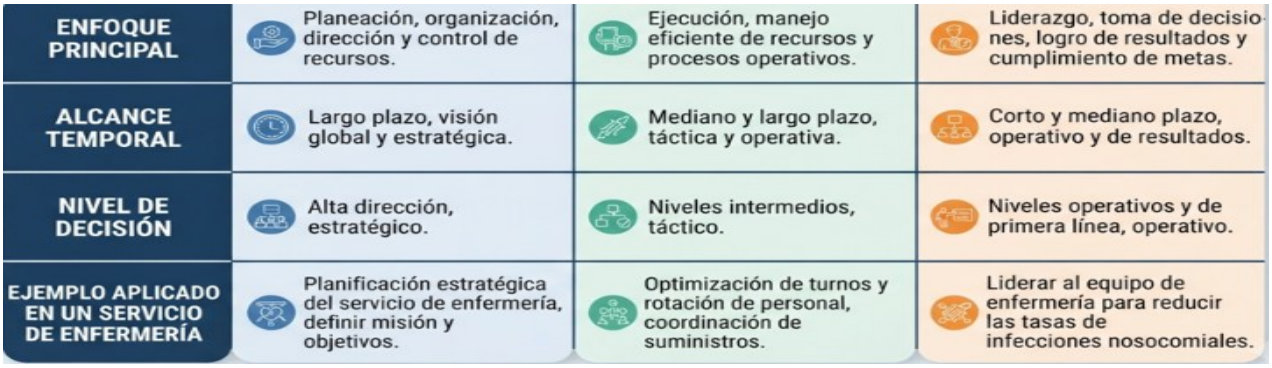


Figura 3. Cuadro comparativo: Administración vs. Gestión vs. Gerencia

La comparación conceptual evita utilizar administración, gestión y gerencia como términos equivalentes. En un servicio de enfermería, la definición de objetivos, la coordinación cotidiana y las decisiones estratégicas se articulan, pero no corresponden necesariamente al mismo nivel de responsabilidad.

Fuente: Elaboración propia basada en conceptos de administración y gestión sanitaria (eg. Chiavenato, Stoner, J, A)

La figura permite interpretar el contenido de la siguiente manera: el cuadro diferencia los conceptos según el alcance de las decisiones: la gerencia orienta la estrategia institucional, la administración coordina recursos y procesos, y la gestión traduce esas decisiones en acciones cotidianas. La distinción evita atribuir a un solo nivel responsabilidades que corresponden a toda la organización.

Principios de eficiencia, eficacia y efectividad

Los tres conceptos desarrollados, administración, gestión y gerencia, comparten un mismo horizonte de valoración de resultados, articulado en torno a tres principios frecuentemente confundidos entre sí. La eficiencia se refiere a la relación entre los recursos empleados y los resultados obtenidos: una unidad de enfermería eficiente logra sus objetivos utilizando la menor cantidad posible de recursos humanos, materiales o de tiempo.

La eficacia, en cambio, se refiere al grado en que se alcanzan los objetivos planteados, con independencia de cuántos recursos se hayan utilizado para ello. La efectividad, finalmente, combina ambos principios de manera sostenida en el tiempo: una gestión efectiva no solo alcanza sus objetivos de manera puntual, sino que lo hace de forma consistente y con un uso racional de recursos a lo largo del tiempo.

En la práctica de la administración de servicios de enfermería, estos tres principios permiten evaluar críticamente decisiones cotidianas: una escala de turnos puede ser eficiente (bajo costo en horas extra) sin ser eficaz (no cubre adecuadamente los picos de demanda asistencial), lo que evidencia que ninguno de los tres principios debe evaluarse de forma aislada.

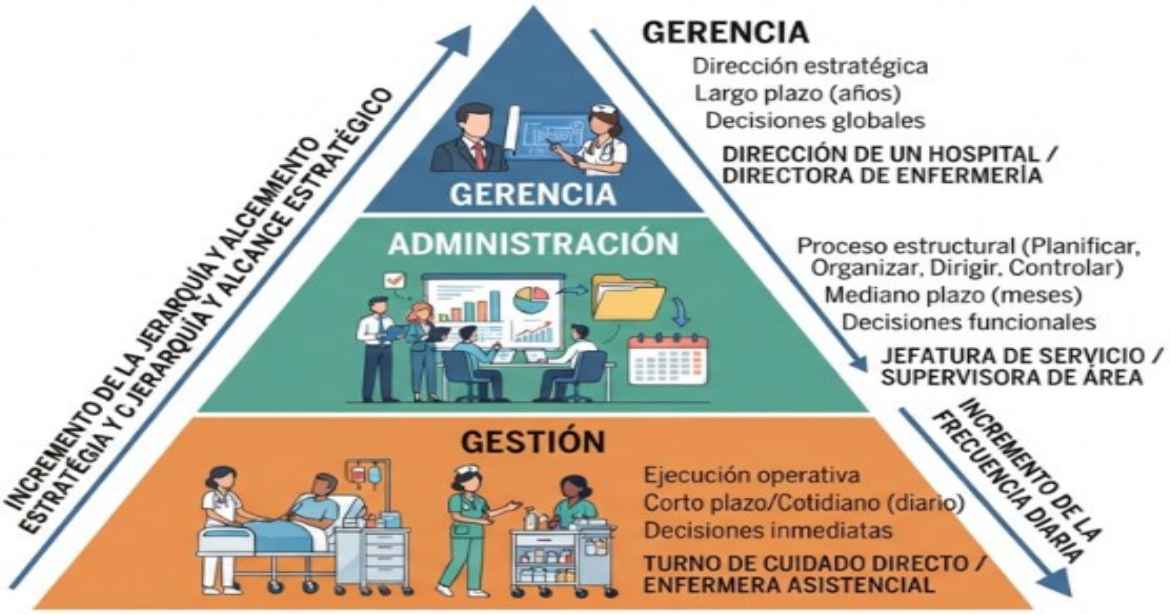


Figura 4. Pirámide de niveles: gerencia, administración y gestión
Fuente: Adaptado de Troncoso-Pérez y Villanueva-Martínez (2023) y Bravo-Cedeño y Vargas-Mèndez (2023)

La figura permite interpretar el contenido de la siguiente manera: la disposición jerárquica facilita reconocer que una decisión estratégica necesita traducirse en mecanismos administrativos y tareas de gestión para producir efectos en el servicio. Los niveles no son compartimentos aislados: requieren intercambio de información y retroalimentación continua.

Aplicación al campo de la salud y la enfermería

La aplicación de estos conceptos al ejercicio profesional de enfermería revela que una misma persona puede desempeñar, en momentos distintos de su carrera o incluso dentro de una misma jornada laboral, roles de administradora, gestora y gerente. Como administradora, participa en la planificación y organización estructural del servicio; como gestora, ejecuta y supervisa el cuidado cotidiano de los pacientes a su cargo; y como gerente —en cargos de jefatura o dirección, toma decisiones estratégicas que afectan el funcionamiento global de la institución.

Cordero Pincay et al. (2024) confirman que el rol administrativo constituye uno de los cuatro pilares reconocidos formalmente en el perfil de egreso del profesional de enfermería en el Ecuador, junto a los roles asistencial, investigativo y docente, lo que evidencia que esta capacidad no es opcional, sino parte constitutiva de la identidad profesional.

El contexto ecuatoriano y latinoamericano

En el contexto ecuatoriano, el reconocimiento formal del rol administrativo dentro del perfil de egreso profesional (Cordero Pincay et al., 2024) se combina con una demanda creciente de habilidades gerenciales en el personal de enfermería que asume cargos de jefatura.

La evidencia disponible sobre estilos de liderazgo en el sector público de la región muestra una tendencia hacia modelos de dirección más participativos y delegativos (Aguayo-Loyola et al., 2023), lo que sugiere que las habilidades gerenciales exigidas al profesional de enfermería contemporáneo trascienden el manejo técnico de recursos y exigen, cada vez más, competencias de liderazgo, comunicación y toma de decisiones compartidas.

Esta convergencia entre la regulación profesional (Cordero Pincay et al., 2024), los modelos de gobernanza institucional (Bravo-Cedeño y Vegas-Meléndez, 2023) y la evidencia sobre liderazgo (Aguayo-Loyola et al., 2023) confirma que la tríada administración-gestión-gerencia no es un ejercicio meramente terminológico, sino un marco conceptual con consecuencias directas sobre la formación, la práctica y la regulación profesional de la enfermería en la región.

Síntesis

Administración, gestión y gerencia son conceptos distintos pero profundamente complementarios: la primera articula el proceso integral de planificación, organización, dirección y control; la segunda ejecuta ese proceso en el día a día operativo; y la tercera dirige estratégicamente el rumbo institucional de largo plazo. En enfermería, estos tres conceptos conviven en la práctica profesional cotidiana, y su aplicación articulada , evaluada bajo los principios de eficiencia, eficacia y efectividad, constituye la base conceptual sobre la que se desarrollan el resto de los capítulos de este libro.

Actividades sugeridas para estudiantes

Actividad 1. Clasificación de decisiones reales por nivel

Modalidad: individual o parejas · Duración estimada: 40 minutos

Se entrega al estudiantado un listado de 10 decisiones típicas de un servicio de salud (por ejemplo: definir el presupuesto anual del hospital, organizar el horario de turnos de la semana, decidir la

estrategia institucional a cinco años, resolver un conflicto entre dos auxiliares en el turno nocturno"). El estudiantado debe clasificar cada decisión según corresponda a gerencia, administración o gestión, aplicando los criterios de jerarquía, alcance temporal y naturaleza de la decisión desarrollados en el capítulo, y justificar por escrito al menos tres clasificaciones.

Actividad 2. Estudio de un día: la tríada en la práctica de una enfermera

Modalidad: grupal (3-4 integrantes) · Duración estimada: 75 minutos

Cada grupo reconstruye, a partir de una jornada laboral típica descrita por el docente (o relatada por un profesional invitado), los momentos del día en que una enfermera ejerce funciones de administradora, gestora y gerente, respectivamente. El grupo elabora una línea de tiempo simple del turno señalando en qué momento aparece cada rol, y discute si alguno de los tres roles está sobrerrepresentado o ausente en la jornada descrita.

CAPÍTULO 3. TEORÍAS ADMINISTRATIVAS GENERALES APLICADAS A ENFERMERÍA

Competencias

1.Explicar los principios fundamentales de la administración científica de Taylor y su aplicación al trabajo de enfermería.

2. Analizar los principios generales de la administración de Fayol y su vigencia en la estructura de los servicios de enfermería.
3. Comprender el enfoque sistémico y su aplicación a la organización de salud como sistema abierto.
4. Aplicar el enfoque contingencial para adaptar decisiones administrativas a distintos contextos institucionales.
5. Comparar las cuatro teorías (científica, clásica, sistémica, contingencial), identificando fortalezas limitaciones para enfermería.
6. Relacionar las teorías administrativas clásicas con los conceptos de gestión y gerencia del cuidado en sus dimensiones macro y micropolítica.
7. Valorar la pertinencia de cada enfoque teórico según el nivel de complejidad institucional en el contexto

Introducción

Ninguna de las teorías administrativas clásicas fue formulada pensando originalmente en el cuidado de enfermería; sin embargo, todas ellas han dejado una huella profunda y todavía vigente en la manera en que se organizan, dirigen y evalúan los servicios de salud. Comprender estas teorías no es un ejercicio histórico desconectado de la práctica, sino una herramienta conceptual que permite al profesional de enfermería reconocer por qué su servicio está organizado como está, y qué alternativas existen cuando ese modelo deja de ser funcional.

Este capítulo desarrolla, con el mismo tratamiento denso del resto de la obra, cuatro enfoques administrativos generales, la administración científica de Taylor, la teoría clásica del proceso administrativo de Fayol, el enfoque sistémico y el enfoque contingencial, explicando sus

fundamentos, sus límites y su aplicación concreta a la gestión y gerencia del cuidado de enfermería, con evidencia actualizada y ejemplos del contexto ecuatoriano y latinoamericano.

La administración científica de Frederick Taylor

La administración científica, fundada por Frederick Taylor a comienzos del siglo XX, buscó aumentar la eficiencia organizacional mediante la observación sistemática y la racionalización del trabajo operativo. Ribeiro y Meneghini (2023) identifican este enfoque, también llamado taylorista o de racionalidad gerencial, como uno de los pilares filosóficos que aún sustentan la estructura, planificación y organización de la enfermería en los servicios de salud, caracterizado por la división del trabajo, la especialización del personal y la estandarización de cada actividad laboral.

En el ámbito clínico, este legado es visible en los protocolos estandarizados de procedimientos, las guías de práctica clínica y los tiempos estimados para cada intervención de enfermería.

Sin embargo, la aplicación literal de este enfoque al cuidado humano presenta limitaciones evidentes: la estandarización excesiva puede reducir la capacidad de respuesta individualizada frente a la variabilidad clínica de cada paciente. Sanches et al. (2024) señalan que, si bien la gestión de enfermería continúa beneficiándose de los principios establecidos por los teóricos clásicos, es necesario adaptar dichos principios a las exigencias contemporáneas, como la humanización del cuidado, lo que constituye una primera tensión estructural que este capítulo desarrolla en profundidad.

La teoría clásica del proceso administrativo de Henri Fayol

Mientras Taylor centró su análisis en la tarea individual, Henri Fayol desarrolló un enfoque más general y holístico, orientado a la estructura completa de la organización. Fayol formuló catorce principios generales de la administración, entre ellos la división del trabajo, la unidad de mando, la centralización, la cadena escalar y el espíritu de equipo, definió el proceso administrativo como una secuencia de funciones aplicable a cualquier organización, independientemente de su tamaño o naturaleza.

Este marco constituye, hasta hoy, la base conceptual sobre la que se erige el capítulo introductorio de este mismo.

La aplicación de los principios fayolianos a los servicios de enfermería se observa en la definición de líneas de mando claras (unidad de mando), en la existencia de una jefatura de enfermería con

autoridad definida sobre su equipo (cadena escalar), y en la búsqueda de cohesión y colaboración dentro de los equipos de trabajo (espíritu de equipo).

No obstante, la vigencia de estos principios ha sido cuestionada en organizaciones contemporáneas caracterizadas por la inestabilidad y la incertidumbre, muy distintas de las organizaciones estables y homogéneas que Fayol tuvo como referencia a comienzos del siglo XX. libro dedicado al proceso administrativo en enfermería.

El enfoque sistémico de la administración

El enfoque sistémico representa un salto conceptual respecto de las teorías clásicas: en lugar de analizar la organización como una suma de tareas o funciones aisladas, la concibe como un sistema abierto compuesto por partes interrelacionadas que intercambian recursos, información y energía con su entorno. Ribeiro y Meneghini (2023) incluyen la teoría de sistemas entre las corrientes teóricas centrales identificadas en su revisión narrativa sobre gestión de calidad en servicios de salud, junto a la teoría estructuralista y la teoría sociotécnica.

Aplicado a un servicio de enfermería, este enfoque permite identificar con claridad sus entradas (personal, insumos, pacientes que ingresan), sus procesos (la atención y el cuidado brindados), sus salidas (pacientes dados de alta, indicadores de resultado) y sus mecanismos de retroalimentación (auditorías, quejas, indicadores de calidad que permiten ajustar el funcionamiento del servicio). La homeostasis organizacional, la capacidad del sistema de mantener su equilibrio interno pese a las perturbaciones externas, se convierte, bajo esta mirada, en un objetivo central de la gestión del cuidado.

El enfoque contingencial de la administración

El enfoque contingencial parte de una premisa que rompe con la aspiración universalista de las teorías clásicas: no existe un único modelo administrativo válido para todas las organizaciones y circunstancias. Ribeiro y Meneghini (2023) identifican la teoría contingencial como una de las corrientes que, junto al enfoque sistémico, mejor explican la necesidad de adaptar la gestión de calidad a las condiciones específicas de cada servicio de salud.

Bajo este enfoque, variables como el imperativo ambiental (las condiciones externas: normativa, contexto epidemiológico, disponibilidad de recursos) y el imperativo tecnológico (el nivel de complejidad tecnológica del servicio) determinan cuál estructura administrativa resulta más adecuada en cada caso.

En la práctica de enfermería, el enfoque contingencial se traduce, por ejemplo, en la evidencia sobre estilos de liderazgo situacional: el hallazgo de que el estilo de delegación predomina sobre el estilo directivo en el sector público chileno (Aguayo-Loyola et al., 2023) puede leerse como una manifestación contingencial, en la medida en que el estilo de dirección más eficaz no es fijo, sino que depende de la madurez, autonomía y contexto del equipo de enfermería específico que se dirige.

Comparación crítica de los cuatro enfoques

Los cuatro enfoques desarrollados no son mutuamente excluyentes, sino que responden a preguntas distintas sobre la organización. La administración científica responde a la pregunta de cómo optimizar una tarea específica; la teoría clásica, a cómo estructurar la organización en su conjunto; el enfoque sistémico, a cómo comprender la organización en su relación con el entorno; y el enfoque contingencial, a cómo adaptar cualquiera de los enfoques anteriores a las circunstancias particulares de cada institución.

En un servicio de enfermería real, los cuatro enfoques conviven simultáneamente: existen protocolos estandarizados (herencia tayloriana), una estructura jerárquica definida (herencia fayoliana), mecanismos de retroalimentación con el entorno (enfoque sistémico), y decisiones de dirección que varían según el contexto de cada turno o unidad (enfoque contingencial).



Figura 5. Los cuatro enfoques administrativos y su nivel de análisis

Nota: Los enfoques representados responden a problemas administrativos distintos: la estandarización de tareas, la coordinación funcional, las interdependencias del sistema y la adaptación al contexto. Al valorar una decisión de enfermería, la pertinencia de cada enfoque depende del problema organizacional y de las condiciones reales del servicio.

Fuente: Elaboración propia con base en Riberiro y Meneghini (2023), Sánchez et al. (2024)

La figura permite interpretar el contenido de la siguiente manera: la comparación de enfoques permite evaluar qué problema resuelve cada tradición administrativa. La estandarización de tareas, la coordinación funcional, la interacción entre componentes y la adaptación al contexto ofrecen perspectivas complementarias, pero ninguna explica por sí sola toda la complejidad del cuidado.

De las teorías clásicas a la gestión y gerencia del cuidado

Una revisión de escopo reciente sobre los conceptos de gestión y gerencia del cuidado de enfermería aporta una distinción que permite operacionalizar los enfoques anteriores: la gestión del cuidado de enfermería se define como la actuación macropolítica del profesional en el servicio de salud, orientada a la amplia movilización de recursos y al funcionamiento adecuado de la red de atención, mientras que la gerencia del cuidado de enfermería se define como la actuación micropolítica del profesional, orientada a la coordinación operativa e inmediata del cuidado (Barros et al., 2023).

Esta distinción macro/micropolítica puede leerse como una traducción contemporánea de la diferencia entre el enfoque sistémico (nivel macro político, atento a la red completa de atención) y

el enfoque contingencial aplicado a la operación diaria (nivel micropolítico, atento a las circunstancias inmediatas del servicio).



Figura 6. El Servicio de enfermería como sistema abierto

Nota: El modelo de sistema abierto muestra por qué las decisiones del servicio no pueden interpretarse aisladamente. Los recursos disponibles, las demandas asistenciales y la información procedente de otras unidades condicionan tanto la organización del trabajo como los resultados del cuidado.
Fuente: Elaboración propia con base en Rebeiro y Meneghini (2023) y Barros et al (2023).

La figura permite interpretar el contenido de la siguiente manera: considerar el servicio como sistema abierto permite seguir las relaciones entre personal, pacientes, insumos, normas y entorno institucional. Una variación en la dotación o en la disponibilidad de materiales repercute en los procesos asistenciales y exige respuestas coordinadas, no correcciones aisladas.

Aplicación al contexto ecuatoriano y latinoamericano

En las instituciones de salud pública ecuatorianas y latinoamericanas, la vigencia de las teorías clásicas convive con la necesidad de adaptación contingencial que exige el contexto regional. Sanches et al. (2024) advierten que la gestión de enfermería continúa beneficiándose de los principios clásicos, pero enfrenta desafíos contemporáneos como la humanización del cuidado y la gestión de crisis sanitarias, dos exigencias que rara vez estaban contempladas en los modelos administrativos originales de comienzos del siglo XX.

Troncoso-Pérez y Villanueva-Martínez (2023) confirman, en esta misma línea, que las competencias de gestión más valoradas actualmente —comunicación, trabajo en equipo, resolución de conflictos y liderazgo—trascienden ampliamente el marco original de la administración

científica y de la teoría clásica, lo que evidencia la necesidad de un de un pensamiento administrativo integrador, capaz de tomar de cada enfoque lo que resulta útil según el contexto específico de cada institución

Síntesis del capítulo

Las cuatro teorías administrativas generales desarrolladas en este capítulo —administración científica, teoría clásica, enfoque sistémico y enfoque contingencial— no compiten entre sí, sino que ofrecen distintos niveles de análisis para comprender y dirigir un servicio de enfermería: la tarea individual, la estructura organizacional, la relación con el entorno, y la adaptación a circunstancias específicas, respectivamente.

Su traducción contemporánea en los conceptos de gestión (macropolítica) y gerencia (micropolítica) del cuidado confirma que estas teorías, lejos de ser un contenido histórico cerrado, continúan estructurando la manera en que el profesional de enfermería piensa, organiza y dirige el cuidado en la actualidad.

Actividades sugeridas para estudiantes

Actividad 1. Análisis comparativo de casos institucionales

Modalidad: grupal (3-4 integrantes) · Duración estimada: 90 minutos

Cada grupo recibe la descripción de un servicio de enfermería real o simulado (p. ej., una unidad de emergencias con alta rotación de personal, o un servicio de hospitalización con protocolos muy estandarizados). El grupo debe identificar qué enfoque administrativo predomina en la organización de ese servicio (científico, clásico, sistémico o contingencial), justificando su respuesta con al menos tres evidencias concretas del caso, y proponer un ajuste contingencial que mejoraría su funcionamiento actual. Se presenta en plenaria en un máximo de 5 minutos por grupo.

Actividad 2. Simulación de rol: decisiones bajo distintos escenarios contingenciales

Modalidad: individual o parejas, con puesta en común grupal · Duración estimada: 60 minutos

Cada estudiante (o pareja) recibe un escenario distinto que exige una decisión administrativa urgente: (a) escasez repentina de personal de enfermería en un turno nocturno, (b) llegada masiva de pacientes por una emergencia sanitaria, o (c) implementación de un nuevo protocolo tecnológico con resistencia del equipo. El estudiante debe decidir y justificar qué enfoque administrativo aplicaría en ese escenario específico (por ejemplo, mayor estandarización tayloriana en el escenario b, o mayor flexibilidad contingencial en el escenario c), argumentando su elección frente al grupo.

CAPÍTULO 4. MODELOS DE GESTIÓN DEL CUIDADO

Enfermería basada en evidencia, gestión por procesos y gestión por competencias

Competencias

1. Definir el concepto de enfermería basada en la evidencia y su relación con la gestión del cuidado.
2. Identificar las etapas metodológicas de la práctica basada en la evidencia.
3. Explicar los principios de la gestión por procesos aplicados a servicios de enfermería.
4. Diferenciar procesos gobernantes, agregadores de valor y habilitantes en una institución de salud.
5. Comprender el enfoque de gestión por competencias y su aplicación a la selección y desarrollo del personal de enfermería.
6. Analizar barreras y facilitadores para la implementación de estos tres modelos de gestión del cuidado.
7. Valorar la complementariedad de los tres modelos en el contexto ecuatoriano y latinoamericano.

Introducción

Si el capítulo anterior mostró que las teorías administrativas clásicas continúan estructurando la organización de los servicios de enfermería, este capítulo se ocupa de tres modelos contemporáneos que traducen esos fundamentos en herramientas concretas de gestión del cuidado: la enfermería basada en la evidencia, que orienta la toma de decisiones clínicas; la gestión por procesos, que organiza el funcionamiento institucional; y la gestión por competencias, que estructura la selección y el desarrollo del talento humano de enfermería.

Los tres modelos comparten un mismo propósito, mejorar la calidad y seguridad del cuidado, pero operan en niveles distintos: el nivel clínico-decisional, el nivel organizacional-operativo, y el nivel del talento humano, respectivamente. Este capítulo desarrolla cada uno con evidencia actualizada, identifica sus barreras y facilitadores de implementación, y examina su aplicación específica al contexto ecuatoriano y latinoamericano.

Fundamentos de los modelos de gestión del cuidado

La gestión del cuidado se ha consolidado como función privativa de enfermería a partir del reconocimiento de competencias específicas de gestión, comunicación, trabajo en equipo, resolución de conflictos y liderazgo, que distinguen a esta práctica de la administración general (Troncoso-Pérez y Villanueva-Martínez, 2023).

Los tres modelos desarrollados en este capítulo pueden entenderse como aplicaciones especializadas de esas competencias generales: la EBE aplica el pensamiento crítico y la búsqueda de evidencia a la decisión clínica; la gestión por procesos aplica el trabajo en equipo y la coordinación a la estructura organizacional; y la gestión por competencias aplica el liderazgo al desarrollo del talento humano.

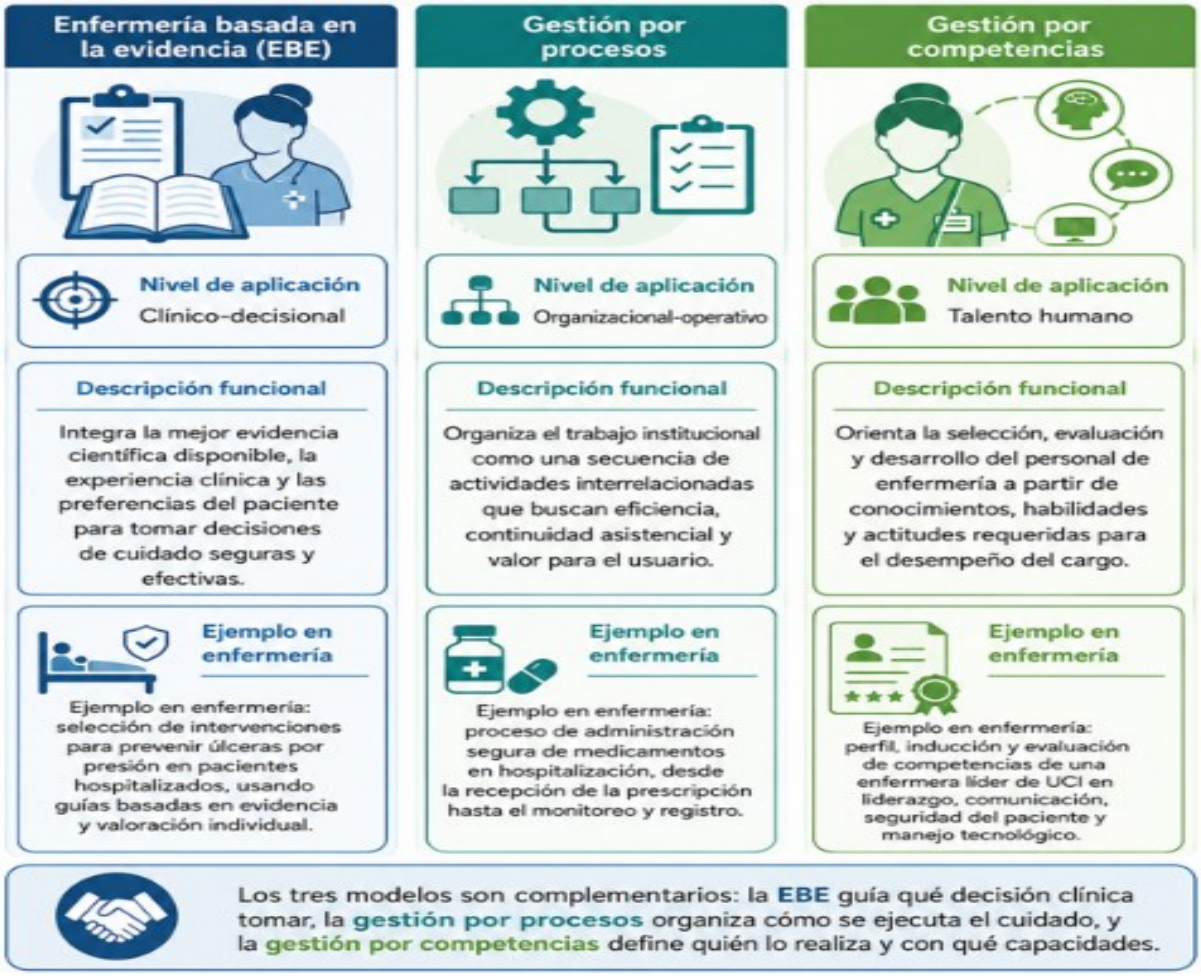


Figura 7. Los tres modelos de Gestión del cuidado y su nivel de aplicación

Fuente: Elaboración propia con base en Troncoso-Pérez y Villanueva-Martínez (2023). Sate et al. (2025).

Nota: la representación reúne tres perspectivas de gestión del cuidado que operan en planos distintos. Su utilidad consiste en mostrar que decisiones fundamentadas en evidencia, organización por procesos y desarrollo de competencias deben relacionarse para sostener un servicio clínico consistente.

Enfermería basada en la evidencia (EBE)

La enfermería basada en la evidencia integra la mejor evidencia científica disponible con la experiencia clínica del profesional y las preferencias del paciente. García Hernández et al. (2024), en un estudio sobre la implementación de la EBE en atención primaria en la Región de Murcia, destacan que, si bien la EBE ofrece múltiples beneficios tanto para el paciente como para el personal de enfermería, su implementación enfrenta dificultades atribuibles a distintas causas relacionadas con el conocimiento, las habilidades y el tiempo disponible del profesional.

En la misma línea, Archila-Hernández et al. (2024), en un estudio cualitativo exploratorio con grupos focales de profesionales de enfermería del área clínica, identifican con mayor detalle los facilitadores y barreras específicas para el uso de la práctica basada en la evidencia en el ejercicio cotidiano.

Metodológicamente, la EBE se estructura en etapas secuenciales: la formulación de una pregunta clínica estructurada (habitualmente mediante el formato PICO: paciente, intervención, comparación, resultado), la búsqueda sistemática de evidencia en bases de datos científicas, la valoración crítica de la calidad metodológica de los estudios encontrados, la aplicación de la evidencia seleccionada al caso clínico concreto, y la evaluación de los resultados obtenidos tras su implementación.

Este ciclo metodológico convierte a la EBE en el modelo de gestión del cuidado con mayor anclaje directo en la práctica clínica individual, a diferencia de los dos modelos siguientes, que operan a nivel organizacional.

Gestión por procesos en servicios de salud

La gestión por procesos organiza el trabajo institucional como una secuencia de actividades interrelacionadas orientadas a generar valor para el usuario, en contraste con la organización departamental y fragmentada heredada del enfoque funcional clásico. Solarte Portilla et al. (2024), en una revisión bibliográfica sobre la gestión por procesos en los servicios de salud de Latinoamérica, identifican que este enfoque permite obtener beneficios en los procesos de ejecución, monitoreo y evaluación institucional, disminuyendo actividades que no aportan valor y generando aprendizaje y conocimiento organizacional.

Los autores destacan además que la gestión por procesos favorece un mejor clima laboral y el cumplimiento de la misión institucional cuando es asumida como un compromiso explícito de la alta dirección.

Un mapa de procesos clasifica habitualmente las actividades institucionales en tres categorías: procesos gobernantes (los que definen las políticas y la dirección estratégica, equivalentes a la función gerencial descrita en el capítulo anterior), procesos agregadores de valor (los que constituyen el núcleo asistencial directo, como el cuidado de enfermería propiamente dicho), y procesos habilitantes de asesoría y apoyo (como los sistemas de información, el abastecimiento de insumos o la gestión de recursos humanos).

Esta clasificación tripartita es, de hecho, la que estructura el modelo de gestión de los hospitales básicos y generales del Ecuador, como se detalla en el apartado 3.7.



Figura 8. Mapa de procesos de un servicio de enfermería según el modelo ecuatoriano

Fuente: Elaboración propia con base a Troncado-Pérez y Villanueva-Martínez (2023) y Solarte Portilla et al (2024)

Nota: el mapa permite examinar la continuidad entre procesos de dirección, actividades asistenciales y mecanismos de apoyo. Al interpretar sus conexiones conviene identificar responsables, entradas y productos de cada proceso, porque las discontinuidades entre áreas afectan la continuidad del cuidado.

Gestión por competencias

La gestión por competencias organiza la selección, evaluación y desarrollo del personal de enfermería a partir de un conjunto definido de conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para desempeñar eficazmente una función específica.

Sate et al. (2025), en una revisión sistemática sobre competencias de enfermería en liderazgo y organización del trabajo asistencial, identifican que la autonomía profesional, la comunicación efectiva y la gestión del entorno laboral constituyen componentes clave en la organización

asistencial liderada por enfermería, y concluyen que estas competencias contribuyen directamente al fortalecimiento de los servicios de salud, ofreciendo una base concreta para el diseño de programas de formación y estrategias institucionales que reconozcan el rol estratégico de enfermería en la gestión de los equipos de salud.

A diferencia de la gestión por procesos, que organiza el flujo de trabajo institucional, la gestión por competencias organiza a las personas que ejecutan ese trabajo: define perfiles de cargo, orienta los procesos de selección y reclutamiento, estructura la evaluación de desempeño, y guía los planes de capacitación y desarrollo profesional continuo del personal de enfermería.

Comparación entre los tres modelos

Los tres modelos desarrollados operan en niveles distintos pero complementarios de la gestión del cuidado: la EBE actúa en el nivel clínico-decisional (qué intervención aplicar a un paciente concreto); la gestión por procesos actúa en el nivel organizacional-operativo (cómo se estructura el flujo de trabajo institucional); y la gestión por competencias actúa en el nivel del talento humano (quién y con qué capacidades ejecuta ese trabajo).

Un servicio de enfermería que solo implemente uno de los tres modelos presentará, inevitablemente, brechas: la mejor evidencia clínica disponible (EBE) resulta poco eficaz si los procesos institucionales no permiten aplicarla oportunamente, y un proceso institucional bien diseñado resulta insuficiente si el personal no cuenta con las competencias necesarias para ejecutarlo.

4.6Implementación práctica en servicios de enfermería

La implementación efectiva de los tres modelos exige condiciones institucionales específicas: tiempo protegido y acceso a bases de datos científicas para la EBE (García Hernández et al., 2024; Archila-Hernández et al.,2024); compromiso explícito de la alta dirección y una cultura organizacional orientada a la mejora continua para la gestión por procesos (Solarte Portilla et al., 2024); y programas estructurados de capacitación y evaluación de desempeño para la gestión por competencias (Sate et al., 2025).

En los tres casos, la enfermera gestora cumple un rol de liderazgo intermedio indispensable: es quien traduce las políticas institucionales macro (procesos gobernantes) en prácticas concretas del servicio, y quien identifica las brechas de competencias o de evidencia que requieren atención prioritaria en su equipo.

Aplicación al contexto ecuatoriano y latinoamericano

El modelo de gestión por procesos de los hospitales básicos y generales del Ecuador ordena y clasifica sus procesos institucionales en función de su valor agregado, distinguiendo procesos gobernantes, procesos agregadores de valor y procesos habilitantes de asesoría y apoyo, con el fin de satisfacer las necesidades de salud de la población de forma integral, en torno a la calidad y gratuidad de los servicios (Solarte Portilla et al., 2024).

Esta adopción institucional formal confirma que la gestión por procesos no es, en el contexto ecuatoriano, un modelo teórico distante, sino una política pública explícita del sistema de salud.

En contraste, la implementación de la EBE y de la gestión por competencias enfrenta todavía desafíos regionales más heterogéneos, vinculados a la disponibilidad desigual de recursos, tiempo y formación continua del personal de enfermería. Esta asimetría, una política pública consolidada en gestión por procesos, frente a una implementación aún desigual de la EBE y la gestión por competencias, constituye un área de oportunidad concreta para la formación de profesionales de enfermería con capacidad de liderar estos tres modelos de manera articulada.

Síntesis del capítulo

La enfermería basada en la evidencia, la gestión por procesos y la gestión por competencias constituyen tres modelos complementarios de gestión del cuidado, que operan respectivamente en el nivel clínico, organizacional y del talento humano. Su implementación articulada, y no aislada, es la que permite traducir los fundamentos teóricos desarrollados en capítulos anteriores en una gestión del cuidado efectivamente basada en evidencia, eficiente en sus procesos, y sostenida en un equipo de enfermería competente.

Actividades sugeridas para estudiantes

Actividad 1. Formulación de una pregunta clínica PICO y búsqueda de evidencia

Modalidad: individual · Duración estimada: 60 minutos (o tarea autónoma)

A partir de una situación clínica de cuidado (proporcionada por el docente o extraída de la práctica propia del estudiante), el/la estudiante formula una pregunta clínica en formato PICO, realiza una búsqueda en al menos una base de datos científica (PubMed, SciELO, Cochrane) y selecciona un artículo relevante publicado en los últimos cinco años. Debe entregar la pregunta PICO, la estrategia de búsqueda utilizada, y un párrafo breve de valoración crítica del artículo seleccionado.

Actividad 2. Mapeo de procesos de un servicio de enfermería

Modalidad: grupal (3-4 integrantes) · Duración estimada: 90 minutos

Administración de los servicios de enfermería: Gestión, liderazgo y calidad del cuidado

Cada grupo selecciona un servicio de enfermería conocido (real o simulado) y construye su mapa de procesos, clasificando al menos seis actividades identificadas en procesos gobernantes, agregadores de valor y habilitantes, siguiendo el modelo de gestión por procesos del sistema de salud ecuatoriano. El grupo debe identificar además un cuello de botella o ineficiencia concreta en alguno de los procesos mapeados y proponer una mejora puntual.

CAPÍTULO 5. EL PROCESO ADMINISTRATIVO EN ENFERMERÍA

Planificación, organización, dirección y control

Competencias

1. Explicar las cuatro funciones del proceso administrativo y su interrelación cíclica.
2. Aplicar las etapas de la planificación estratégica situacional a un servicio de enfermería.
3. Analizar los criterios técnicos para la organización y dotación de personal de enfermería.
4. Comprender la función de dirección como articulación entre liderazgo y toma de decisiones.
5. Explicar los mecanismos de control y retroalimentación aplicados a la calidad del cuidado.
6. Relacionar cada función del proceso administrativo con el capítulo específico del libro donde se profundiza.
7. Valorar el proceso administrativo como un ciclo continuo, y no como una secuencia lineal cerrada.

Introducción

El proceso administrativo, planificar, organizar, dirigir y controlar, es, desde Henri Fayol, la columna vertebral sobre la que se estructura cualquier organización, incluidos los servicios de enfermería. Este capítulo no pretende agotar cada función en profundidad, eso ocurre en capítulos posteriores dedicados específicamente a cada una, sino ofrecer un mapa conceptual integrador que permita al estudiante visualizar, desde el inicio, cómo se articulan entre sí las cuatro funciones, y dónde encontrará su desarrollo completo a lo largo de la obra.

Concebir el proceso administrativo como un mapa conceptual, y no como contenido cerrado, tiene una consecuencia pedagógica importante: cada vez que el estudiante avance a un capítulo posterior, dotación de personal, planificación estratégica, liderazgo, calidad, podrá reconocer en qué función del proceso administrativo general se inserta ese contenido específico, evitando la fragmentación del aprendizaje.

El proceso administrativo como mapa conceptual integrador



Figura 9. Mapa conceptual del proceso administrativo cíclico

Fuente: Elaboración propia en base en Martin Riveira et al. (2025)

Nota: El carácter cíclico del proceso administrativo es relevante porque los resultados del control alimentan decisiones posteriores de planificación. Cuando un indicador revela una desviación, la respuesta de la jefatura no termina en registrar el problema: requiere revisar causas, responsables, recursos y seguimiento.

La figura permite interpretar el contenido de la siguiente manera: la representación circular expresa que planificación, organización, dirección y control no constituyen una secuencia que termina

después de evaluar. Los resultados del control aportan información para revisar las decisiones siguientes, especialmente ante cambios en la demanda asistencial.

Ribeiro y Meneghini (2023) recuerdan que la estructura, planificación y organización de la enfermería en los servicios de salud continúa fundamentándose en la teoría de la administración científica y en el proceso administrativo formulado por Fayol.

Iza-Mayorga et al. (2023) precisan, además, que dentro del proceso general de la gestión pública, es la gestión administrativa la que crea las condiciones estratégicas, tácticas y operativas para que las funciones de organización, dirección y control se conciban de manera racional y constituyan, en conjunto, el modo armónico en que se espera que ocurran los hechos institucionales.

Esta cita resume, con precisión, la función de mapa conceptual que cumple este capítulo: no son cuatro funciones aisladas, sino un modo articulado de concebir la organización completa.

Planificación

La planificación define objetivos y determina, con anticipación, los cursos de acción necesarios para alcanzarlos. En su forma más desarrollada, la planificación estratégica situacional, este proceso se estructura en etapas sucesivas: el análisis situacional (diagnóstico interno y externo), la formulación de la misión y visión, la síntesis de los elementos clave mediante herramientas como el análisis FODA, y la formulación final de los objetivos estratégicos.

Martín Rivera et al. (2025), en un estudio realizado en un hospital de alta complejidad, ejemplifican esta lógica al desarrollar un análisis situacional de los profesionales de enfermería, su situación emocional, motivación y satisfacción laboral, como paso previo e indispensable para el diseño de un plan estratégico institucional de prevención del desgaste emocional. Este ejemplo muestra que la planificación en enfermería no comienza por los objetivos, sino por un diagnóstico riguroso de la realidad del servicio.

El desarrollo completo de la planificación estratégica y operativa se aborda en el Cap. 9 de esta obra, donde se profundiza en su articulación con la planificación de calidad institucional.

Organización

La función de organización estructura los recursos humanos, materiales y de información necesarios para ejecutar lo planificado, definiendo roles, jerarquías y, de manera crítica en enfermería, la dotación de personal.

Cabrera-Ku et al. (2024), en una revisión sistemática sobre dotación de personal de enfermería para disminuir infecciones asociadas a la atención en salud, encontraron que dotar al personal conforme a la gravedad del paciente, y no solo mediante ratios fijos enfermera-paciente, mejora la calidad de la atención, disminuye el agotamiento del personal y previene lesiones laborales asociadas a la sobrecarga de trabajo.

Este hallazgo confirma que la función de organización no es un ejercicio administrativo neutro, sino una decisión con consecuencias directas sobre la seguridad del paciente y la salud del propio personal de enfermería.

El desarrollo completo de la organización se aborda en el Cap. 8 (estructura organizativa) y en el Cap. 10 (dotación y gestión de personal) de esta obra.

Dirección

La dirección orienta, motiva y conduce al equipo humano hacia el cumplimiento de los objetivos definidos en la planificación, mediante el ejercicio del liderazgo y la toma de decisiones cotidiana. La evidencia desarrollada en capítulos anteriores de esta obra confirma que el estilo de dirección predominante en enfermería ha evolucionado desde modelos jerárquicos rígidos hacia modelos de liderazgo situacional: Aguayo-Loyola et al.(2023) encontraron que el estilo de delegación predomina sobre el estilo directivo en profesionales de enfermería del sector público, lo que confirma que dirigir un equipo de enfermería contemporáneo exige, cada vez más, adaptar el estilo de conducción a la madurez y autonomía de cada equipo específico, y no aplicar un único estilo de mando uniforme.

El desarrollo completo de la dirección de equipos de enfermería se aborda en el Cap. 12 de esta obra, que profundiza en motivación, delegación y toma de decisiones como herramientas prácticas de esta función.

Control

El control mide el desempeño real frente a los estándares establecidos, identifica desviaciones y genera acciones correctivas. Ribeiro y Meneghini (2023) señalan que la adopción de las teorías administrativas en la práctica de gestión de calidad en servicios de salud resulta necesaria precisamente para ofrecer la mejor calidad posible en dichos servicios, lo que sitúa al control, y a los indicadores que lo sustentan, como el mecanismo que permite verificar si esa calidad efectivamente se está alcanzando.

Sin mecanismos de control claros, ni la planificación más rigurosa ni la dirección más participativa garantizan, por sí solas, la calidad del cuidado.

El desarrollo completo del control aplicado a la calidad y seguridad del cuidado se aborda en la Sección IV completa de esta obra (Calidad y seguridad del paciente), que profundiza en sistemas de gestión de calidad, indicadores y auditoría de enfermería.



Figura 10. Ejemplo aplicado: del Control a la nueva planificación. (Ciclo de mejora a partir de un indicador de control en un servicio de enfermería)

Fuente: Elaboración propia en base en Cabrera-Ku eta al (2024), Martin Riveira et al. (20225)

Nota: el ejemplo ilustra cómo un indicador deja de ser un dato aislado cuando se compara con una meta y conduce a una decisión de mejora. El aspecto relevante es la retroalimentación: identificar una desviación, analizar sus causas, ajustar el plan y volver a medir los resultados.

Aplicación integrada al contexto ecuatoriano y latinoamericano

En las instituciones públicas de salud del Ecuador y la región, el ciclo administrativo completo enfrenta un desafío adicional: la coordinación entre las cuatro funciones ocurre frecuentemente en

contextos de recursos limitados, donde la planificación estratégica formal convive con decisiones de organización y dirección tomadas bajo presión operativa inmediata.

Esta tensión ,ya visible en la distinción entre procesos gobernantes, agregadores de valor y habilitantes del modelo de gestión hospitalaria ecuatoriano desarrollado en el capítulo anterior, confirma la importancia de que el profesional de enfermería comprenda el proceso administrativo como un todo articulado, capaz de identificar en qué función específica se origina un problema (por ejemplo, una queja de calidad puede tener su origen en un déficit de dotación de personal, no en una falla control) para intervenir en el punto correcto del ciclo.

Síntesis del capítulo

El proceso administrativo, planificación, organización, dirección y control, constituye el mapa conceptual sobre el que se estructura el resto de esta obra. Cada función, desarrollada aquí de manera sintética, encuentra su desarrollo completo en capítulos posteriores específicos, y las cuatro funciones se articulan entre sí mediante un ciclo continuo de retroalimentación, y no como una secuencia lineal cerrada. Esta comprensión integradora es la que permitirá al estudiante situar cada contenido posterior del libro dentro de un marco conceptual coherente.

Actividades sugeridas para estudiantes

Actividad 1. Mini plan estratégico situacional para un servicio de enfermería

Modalidad: grupal (3-4 integrantes) · Duración estimada: 90 minutos

Cada grupo selecciona un servicio de enfermería (real o simulado) y desarrolla las primeras tres etapas de un plan estratégico situacional: (1) un breve análisis situacional interno y externo, (2) la formulación de una misión y visión del servicio, y (3) al menos dos objetivos estratégicos priorizados. El ejercicio se limita deliberadamente a la etapa de planificación, sin avanzar a las otras tres funciones, para reforzar su identidad como función diferenciada dentro del ciclo.

Actividad 2. Cálculo simulado de dotación de personal para un turno

Modalidad: individual o parejas · Duración estimada: 45 minutos

A partir de un caso simulado (número de pacientes, complejidad/gravedad promedio, y un turno específico), el/la estudiante estima la dotación de personal de enfermería necesaria, justificando su cálculo con base en el criterio de dotación según gravedad del paciente (y no solo ratio fijo enfermera-paciente), siguiendo la lógica de Cabrera-Ku et al. (2024). Se espera que el estudiante identifique explícitamente que esta actividad corresponde a la función de organización.

CAPÍTULO 6. MARCO LEGAL, ÉTICO Y DEONTOLÓGICO DE LA GESTIÓN ENFERMERA

Normativa, códigos deontológicos y responsabilidad profesional aplicados a la gestión del cuidado

Competencias

1. Diferenciar los conceptos de ética, deontología y marco legal aplicados al ejercicio de enfermería.
2. Identificar los principales instrumentos normativos que regulan el ejercicio profesional de enfermería en el Ecuador.
3. Analizar los principios del nuevo Código Ético y Deontológico de la enfermería y su vigencia internacional.
4. Diferenciar la responsabilidad civil, penal y administrativa derivadas de la práctica de enfermería.
5. Explicar el proceso mediante el cual la mala práctica profesional deriva en responsabilidad legal.
6. Aplicar principios éticos (consentimiento informado, confidencialidad, objeción de conciencia) a situaciones de gestión del cuidado.
7. Valorar la importancia del marco legal y deontológico como sustento de una gestión enfermera responsable.

Introducción

La ética se ocupa de lo correcto en un sentido amplio y reflexivo; la moral remite a las costumbres y valores compartidos por una comunidad; el derecho establece normas coercitivas de cumplimiento obligatorio respaldadas por el Estado; y la deontología ocupa un lugar intermedio: traduce los principios éticos generales en deberes concretos, exigibles y verificables dentro del ejercicio de una profesión específica.

Esta distinción no es meramente académica: un profesional de enfermería puede cumplir estrictamente con la ley y, sin embargo, actuar de manera éticamente cuestionable, así como puede violar una norma deontológica sin que ello constituya necesariamente un delito. La gestión enfermera responsable exige el dominio simultáneo de los tres registros.

La separación entre ética, deontología y derecho permite analizar un mismo conflicto desde registros diferentes. Una decisión puede cumplir una obligación normativa y, aun así, exigir deliberación sobre el bienestar del paciente, la justicia distributiva o las responsabilidades profesionales.



Figura 11. Los tres registros: ética, deontología, y derecho

Fuente: Elaboración propia con base con base al Marco legal, ético y deontológico de la gestión enfermería.

Nota: la distinción entre ética, deontología y derecho ayuda a evitar que el cumplimiento legal se confunda con una valoración ética suficiente. Las obligaciones normativas delimitan responsabilidades, mientras el juicio profesional debe considerar las consecuencias del cuidado y los deberes de la profesión.

Figura 11. Los tres registros: ética, deontología, y derecho

Fuente: Elaboración propia con base con base al Marco legal, ético y deontológico de la gestión enfermería.

Nota: la distinción entre ética, deontología y derecho ayuda a evitar que el cumplimiento legal se confunda con una valoración ética suficiente. Las obligaciones normativas delimitan responsabilidades, mientras el juicio profesional debe considerar las consecuencias del cuidado y los deberes de la profesión.

Marco legal del ejercicio profesional de enfermería en el Ecuador

El ejercicio profesional de enfermería en el Ecuador está regulado, entre otros instrumentos, por la Ley de Ejercicio Profesional de las Enfermeras y Enfermeros del Ecuador (Ley No. 57), que establece las competencias, deberes y obligaciones del personal de enfermería, incluyendo la exigencia de ejercer la profesión aplicando principios éticos, morales y de respeto a los derechos humanos del paciente, así como de garantizar una atención personalizada y de calidad.

Esta ley se complementa con la Ley Orgánica de Salud y con la normativa emitida por el Ministerio de Salud Pública, que en conjunto configuran el marco legal dentro del cual se ejerce tanto el cuidado directo como la gestión de los servicios de enfermería en el país.

Este marco legal no debe leerse de manera aislada del marco de profesionalización desarrollado en capítulos anteriores de esta obra: Cordero Pincay et al. (2024) confirman que el rol administrativo forma parte constitutiva del perfil de egreso del profesional de enfermería ecuatoriano, lo que implica que el conocimiento de este marco legal no es opcional para quien asume funciones de gestión, sino una exigencia formativa explícita.

Códigos deontológicos y su evolución reciente

Los códigos deontológicos de enfermería no son documentos estáticos: se actualizan periódicamente para reflejar los cambios en la profesión y las nuevas demandas sociales. Un ejemplo especialmente relevante y reciente es la aprobación, en diciembre de 2025, del nuevo Código Ético y Deontológico de la Enfermera Española por parte de la Asamblea de presidentes de la Organización Colegial de Enfermería, con más del 93% de los votos a favor. Tras más de dos años de trabajo, el nuevo texto, de 108 artículos distribuidos en 27 áreas temáticas, sustituye al código vigente desde 1989 (con una única actualización de formato en 1998), y se estructura en torno a los cuatro elementos que, según el Consejo Internacional de Enfermeras, ofrecen un marco para la práctica ética: la enfermera y las personas que requieren cuidados; la enfermera y la práctica; la enfermera y la profesión; y la enfermera y la salud global (Consejo General de Enfermería, 2025).Este proceso de actualización, that incorporó más de 1.300 aportaciones de colegios profesionales, sociedades científicas, comités de ética y ciudadanía durante su trámite de audiencia pública— constituye un caso de estudio valioso sobre cómo un código deontológico puede y debe evolucionar para dar respuesta a los avances en los cuidados y a las nuevas demandas sociales, un

principio aplicable también a la actualización pendiente o futura del Código de Ética de la Federación Ecuatoriana de Enfermeras y Enfermeros, vigente en el país.

Responsabilidad civil, penal y administrativa en la práctica de enfermería

La mala práctica profesional, caracterizada por negligencia, imprudencia o impericia, puede derivar en tres tipos distintos de responsabilidad, que no son excluyentes entre sí: la responsabilidad civil, orientada a la reparación del daño causado al paciente; la responsabilidad penal, derivada de la comisión de un delito tipificado en la ley; y la responsabilidad administrativa, aplicada por la institución empleadora o el organismo regulador de la profesión.

En el contexto ecuatoriano, Pazmiño (2023) analiza, en su investigación doctoral sobre el daño en la responsabilidad médica y su reparación integral, la complejidad que implica determinar y reparar adecuadamente el daño derivado de la práctica profesional en salud, un marco analítico que resulta igualmente pertinente para comprender la responsabilidad derivada de la práctica de enfermería, dado que ambas disciplinas comparten en el país instrumentos normativos como el Código Civil y el Código Orgánico Integral Penal.

Para la enfermera gestora, comprender esta triple vía de responsabilidad tiene una consecuencia práctica directa: una misma situación de mala práctica dentro de su servicio puede activar simultáneamente un proceso civil (indemnización al paciente), un proceso penal (si la conducta configura un delito) y un proceso administrativo interno (sanción disciplinaria institucional), y la gestión adecuada de cada uno de estos procesos exige protocolos y competencias distintas.



Figura 12. Tipos de responsabilidad derivados de la mala práctica profesional

Fuente: Elaboración propia con base al Marco legal, ético y deontológica de la gestión enfermera

Nota: el esquema facilita diferenciar los planos de responsabilidad que pueden concurrir ante una actuación profesional cuestionada. La clasificación debe leerse junto con las normas aplicables y las circunstancias del caso; no permite inferir consecuencias jurídicas automáticas a partir de una situación clínica.

Principios éticos aplicados a la gestión del cuidado

Tres principios éticos concretos atraviesan de manera cotidiana la gestión del cuidado de enfermería. El consentimiento informado exige que el paciente autorice voluntariamente cualquier intervención tras haber recibido información suficiente y comprensible, lo que impone a la enfermera gestora la responsabilidad de asegurar que este proceso se cumpla efectivamente en su servicio, y no solo de manera formal o documental.

El secreto profesional y la confidencialidad obligan a proteger la información del paciente frente a terceros no autorizados, incluyendo los sistemas de información y registros clínicos electrónicos desarrollados en capítulos posteriores de esta obra. La objeción de conciencia, por su parte, reconoce el derecho del profesional a abstenerse de participar en procedimientos que contraríen sus convicciones éticas, dentro de límites legales definidos, lo que exige a la enfermera gestora diseñar mecanismos institucionales que concilien ese derecho individual con la garantía de continuidad del cuidado al paciente.

Dilemas ético-legales en la gestión enfermera contemporánea

Uno de los dilemas ético-legales más estudiados recientemente en el contexto latinoamericano es la orden de no reanimar y la limitación del esfuerzo terapéutico. López-Ávila et al. (2024), a partir de entrevistas realizadas en 2023 a 56 miembros de equipos de salud de unidades críticas y de urgencias en un hospital chileno de alta complejidad, identifican cuatro categorías centrales de tensión: el riesgo de vulnerar los derechos de los pacientes al aplicar estas órdenes; la brecha en la interpretación del marco legal que regula la atención al final de la vida; los conflictos éticos propios de esta etapa; y la tensión entre un cuidado eficiente y un cuidado holístico en pacientes con enfermedad terminal. Los autores concluyen que existen brechas importantes en la formación en bioética de los equipos de salud, y sugieren capacitar al personal y desarrollar guías de consenso institucional para abordar estos aspectos.

Este hallazgo es directamente relevante para la gestión enfermera: la ausencia de protocolos institucionales claros frente a este tipo de decisiones traslada la carga de la incertidumbre ética y legal al personal de primera línea, en lugar de resolverla a nivel de política institucional, que es precisamente el nivel en el que corresponde intervenir a la enfermera gestora.

El rol de la enfermera gestora en la aplicación del marco legal y ético

La enfermera gestora ocupa una posición de responsabilidad ampliada frente al marco legal, ético y deontológico: no solo debe cumplir personalmente con estas normas, sino garantizar que su equipo las conozca, las comprenda y las aplique de manera consistente.

Esto implica el diseño de mecanismos institucionales concretos de prevención de la mala práctica, inducción normativa del personal nuevo, protocolos claros de consentimiento informado, canales de consulta ética ante dilemas complejos, y espacios de capacitación continua en bioética, como los sugeridos por López-Ávila et al. (2024), así como la vigilancia activa de que la presión operativa del servicio no derive en atajos que comprometan la seguridad legal y ética de la atención.

Síntesis del capítulo

El marco legal, ético y deontológico no es un contenido periférico dentro de la administración de servicios de enfermería, sino el sustento sobre el que descansa la legitimidad de toda decisión de gestión. La actualización reciente de los códigos deontológicos internacionales, la vigencia del marco legal ecuatoriano, la comprensión precisa de los tipos de responsabilidad profesional, y el manejo cotidiano de principios como el consentimiento informado y la confidencialidad,

constituyen un cuerpo de conocimiento indispensable para que la enfermera gestora ejerza su función con seguridad jurídica y solvencia ética.

Actividades sugeridas para estudiantes

Actividad 1. Análisis de un caso de dilema ético-legal

Modalidad: grupal (3-4 integrantes) · Duración estimada: 90 minutos

Cada grupo recibe un caso breve que involucra un dilema ético-legal en la gestión del cuidado (por ejemplo: un paciente que rechaza un tratamiento, una situación de objeción de conciencia del personal, o una orden de no reanimar sin protocolo institucional claro). El grupo debe identificar los principios éticos en tensión, el marco legal aplicable, y proponer cómo debería intervenir la enfermera gestora del servicio para resolver institucionalmente la situación, más allá de la decisión individual del profesional involucrado.

Actividad 2. Análisis comparativo entre el Código de Ética ecuatoriano y el nuevo Código Español

Modalidad: individual, evaluable · Duración estimada: 60 minutos (o tarea autónoma)

El/la estudiante compara al menos tres principios o áreas temáticas del Código de Ética de la Federación Ecuatoriana de Enfermeras y Enfermeros con sus equivalentes en el nuevo Código Ético y Deontológico de la Enfermera Española (2025-2026), identificando semejanzas, diferencias, y una recomendación fundamentada sobre qué elementos del código español podrían enriquecer una eventual actualización del código ecuatoriano.

CAPÍTULO 7. LIDERAZGO EN ENFERMERÍA: DEL CUIDADO A LA GESTIÓN

Teorías y estilos de liderazgo, la enfermera como líder-gerente

Competencias

1. Diferenciar los principales estilos de liderazgo (transformacional, transaccional, situacional) aplicados a enfermería.
2. Explicar los componentes del liderazgo transformacional y su relación con la calidad del cuidado.
3. Analizar evidencia reciente sobre el impacto del liderazgo transformacional en la gestión hospitalaria latinoamericana.
4. Comprender el tránsito de la enfermera desde el rol de cuidadora directa hacia el rol de líder-gerente.
5. Relacionar la inteligencia emocional con el ejercicio de un liderazgo efectivo en equipos de enfermería.
6. Valorar la evidencia disponible sobre liderazgo de enfermería en el contexto ecuatoriano.
7. Identificar los mecanismos mediante los cuales el liderazgo influye en la seguridad del paciente y el clima organizacional.

Introducción

El tránsito de la enfermera desde el cuidado directo hacia la gestión institucional no ocurre automáticamente por el paso del tiempo o la acumulación de experiencia clínica: exige el desarrollo deliberado de competencias de liderazgo, distintas —aunque complementarias— de las competencias asistenciales.

Este capítulo desarrolla el marco teórico de ese tránsito: las principales teorías y estilos de liderazgo, la evidencia reciente sobre su impacto en la calidad del cuidado y la gestión hospitalaria latinoamericana, y el papel de la inteligencia emocional como competencia transversal del liderazgo contemporáneo. A diferencia del liderazgo entendido de manera genérica, el liderazgo en

enfermería tiene una particularidad: quien lidera no deja de ser, al mismo tiempo, responsable último de la seguridad del paciente.

Por ello, la evidencia desarrollada en este capítulo vincula sistemáticamente el estilo de liderazgo con indicadores de calidad asistencial, y no únicamente con indicadores de clima laboral o satisfacción del personal.

Del cuidado a la gestión: la transición del rol de enfermera

Carrera Casa y Egas Medina (2023), en un análisis sobre liderazgo y rol de enfermería dentro del equipo de salud, destacan que el ejercicio del liderazgo constituye una ampliación, y no una sustitución, del rol asistencial de la enfermera: el profesional que lidera continúa siendo responsable del cuidado, pero extiende su responsabilidad hacia la coordinación, motivación y desarrollo del equipo que provee ese cuidado.

Esta transición explica por qué el liderazgo en enfermería no puede enseñarse ni ejercerse como una disciplina genérica de management, sino que debe integrarse con la comprensión profunda de la práctica clínica que el profesional ya domina.

Teorías y estilos clásicos de liderazgo

Antes de la consolidación del liderazgo transformacional como marco dominante en la literatura reciente, la gestión de enfermería se apoyó en estilos clásicos: el liderazgo transaccional, centrado en el intercambio entre cumplimiento y recompensa; y el liderazgo situacional, que ajusta el grado de dirección y apoyo según la madurez del colaborador.

Aguayo-Loyola et al. (2023), en un estudio descriptivo con profesionales de enfermería del sector público chileno, encontraron que el estilo predominante fue el de delegación (33,9%), seguido de la persuasión, mientras que el estilo directivo resultó el menos utilizado (14,5%), lo que confirma que la gestión de enfermería contemporánea se aleja progresivamente de los modelos de mando rígido heredados de la administración clásica desarrollada en capítulos anteriores de esta obra.

Liderazgo transformacional

El liderazgo transformacional se compone de cuatro elementos: influencia idealizada, motivación inspiradora, estimulación intelectual y consideración individualizada. Bajo este enfoque, los líderes empoderan individualmente a los miembros de su equipo, influyendo y motivándolos a

comprometerse con una visión y objetivos compartidos, más allá del cumplimiento mecánico de tareas.

Gonzales Castillo et al. (2023), en una revisión bibliográfica sobre liderazgo transformacional en gestión hospitalaria, encuentran que este estilo se asocia consistentemente con mejor desempeño institucional, procesos de reorganización más efectivos, toma de decisiones estratégicas de mayor calidad, mayor seguridad laboral y fortalecimiento de la identidad profesional del personal de enfermería en el contexto hospitalario latinoamericano.

Ramos et al. (2024), en un estudio sobre el estado del liderazgo de enfermería para la gestión del cuidado en establecimientos de salud, confirman esta tendencia y subrayan que el fortalecimiento del liderazgo transformacional constituye una de las estrategias más consistentes para mejorar simultáneamente la gestión del talento humano y la calidad de los servicios de salud ofrecidos.



Figura 13. Los cuatro componentes del liderazgo transformacional en la gestión de enfermería

Fuente: Elaboración propia con base en Bass, B M, Riggio, R E (2026)

Nota: los componentes del liderazgo transformacional se presentan como dimensiones que se refuerzan mutuamente. Su aplicación exige observar conductas concretas de la jefatura, como comunicar propósitos compartidos, acompañar el desarrollo profesional y favorecer la participación razonada del equipo.

Liderazgo y calidad del cuidado

El vínculo entre estilo de liderazgo y calidad del cuidado no es únicamente teórico: se expresa en indicadores institucionales concretos. La evidencia reciente asocia el liderazgo transformacional con un clima organizacional más saludable, menores índices de rotación del personal y una

comunicación interna más efectiva, mientras que las fallas en la coordinación del equipo de salud, frecuentemente asociadas a un liderazgo deficiente o ausente— se relacionan con un porcentaje significativo de los eventos adversos reportados en establecimientos públicos de salud.

Este hallazgo confirma que el liderazgo no es una competencia blanda periférica, sino un determinante directo de la seguridad del paciente, en la misma medida en que lo son la infraestructura o la disponibilidad de insumos.

Inteligencia emocional y liderazgo en enfermería

Escobar Baldeón y Torres Jara (2025) analizan la relación entre la inteligencia emocional en el liderazgo y el trabajo en equipo de enfermería, orientados a la atención y seguridad del paciente. La inteligencia emocional, entendida como la capacidad de reconocer, comprender y gestionar las propias emociones y las de los demás, se identifica en esta literatura como una competencia transversal que atraviesa y potencia todos los

estilos de liderazgo desarrollados en este capítulo: un líder transformacional sin inteligencia emocional difícilmente logra ejercer una consideración individualizada genuina hacia su equipo, y un líder situacional sin esta competencia difícilmente logra calibrar con precisión el nivel de madurez real de cada colaborador.



Figura 14. Del estilo del liderazgo a los resultados institucionales

Fuente: Elaboración propia con base a Escobar Baldeón y Torres Jara (2025)

Nota: la relación propuesta entre estilo de liderazgo y resultados institucionales debe interpretarse como un marco de análisis, no como una garantía causal. Las condiciones de trabajo, los recursos disponibles y la cultura organizacional también influyen en el desempeño y la seguridad del paciente.

Liderazgo de enfermería en el Ecuador

En el contexto ecuatoriano, Carrera Casa y Egas Medina (2023) documentan que el liderazgo de enfermería dentro del equipo de salud enfrenta desafíos estructurales adicionales, entre ellos la escasez de profesionales de enfermería, un problema reportado también por organismos internacionales de salud, que condiciona directamente la capacidad de ejercer un liderazgo efectivo cuando los equipos operan con sobrecarga laboral sistemática.

Esta evidencia conecta directamente con el desarrollo sobre dotación de personal presentado en el Cap. 10 de esta obra: el liderazgo más sofisticado teóricamente encuentra un límite práctico cuando la organización del servicio no garantiza una dotación adecuada de personal.

Síntesis del capítulo

El liderazgo en enfermería representa la ampliación del rol asistencial de la enfermera hacia la coordinación, motivación y desarrollo de su equipo. La evidencia reciente confirma una transición sostenida desde estilos de mando rígido hacia el liderazgo transformacional y situacional, asociados de manera consistente con mejor clima organizacional, menor rotación del personal y mayor seguridad del paciente.

La inteligencia emocional emerge como competencia transversal que potencia cualquier estilo de liderazgo adoptado, mientras que el contexto ecuatoriano confirma que ningún estilo de liderazgo, por sofisticado que sea, sustituye la necesidad de una dotación de personal adecuada.

Actividades sugeridas para estudiantes

Actividad 1. Autoevaluación del estilo de liderazgo personal

Modalidad: individual · Duración estimada: 30-40 minutos

El/la estudiante responde un breve cuestionario reflexivo (elaborado por el docente o adaptado de instrumentos existentes) para identificar su tendencia predominante entre los estilos de liderazgo desarrollados en el capítulo (transaccional, situacional, transformacional). A partir del resultado, redacta un párrafo de autorreflexión identificando una fortaleza y un área de desarrollo concreta para fortalecer los componentes del liderazgo transformacional en su futura práctica profesional.

Actividad 2. Análisis de caso: clima organizacional y rotación de personal

Modalidad: grupal (3-4 integrantes) · Duración estimada: 90 minutos

Cada grupo recibe un caso simulado de un servicio de enfermería con alta rotación de personal y clima organizacional deteriorado, con algunos datos del estilo de liderazgo ejercido por la jefatura

actual. El grupo debe diagnosticar qué estilo de liderazgo está presente, identificar al menos tres consecuencias institucionales derivadas de ese estilo (apoyándose en la evidencia revisada en el capítulo), y proponer una estrategia de transición hacia un liderazgo más transformacional.

Cierre de la Sección I

Caso clínico resuelto con taxonomía NANDA-I 2024-2026 y cuestionario de evaluación (21 preguntas) Este material integra dos instrumentos de cierre de la Sección I: (1) un caso clínico resuelto mediante el proceso de atención de enfermería y la taxonomía NANDA-I 2024-2026, que conecta la dimensión clínica del cuidado con su gestión; y (2) un cuestionario de opción múltiple de 21 preguntas (3 por capítulo) con justificación de la respuesta correcta, útil como autoevaluación o como banco de ítems para el docente.

1. Caso Clínico Resuelto (NANDA-I 2024-2026)

1. Presentación del caso

Datos generales: paciente de 78 años, sexo femenino, con antecedente de hipertensión arterial controlada. Ingresa al servicio de traumatología tras sufrir una caída en su domicilio, con diagnóstico médico de fractura de cadera derecha. Se le realiza reemplazo total de cadera. Se encuentra en su segundo día de posoperatorio. Valoración (extracto): la paciente refiere dolor en el sitio quirúrgico, que califica en 6/10 en la Escala Visual Análoga (EVA), con facies de dolor y postura antiálgica.

Presenta movilidad reducida del miembro inferior derecho, requiere asistencia para los cambios de posición y no ha logrado deambular de forma autónoma. La herida quirúrgica se encuentra cubierta con apósito limpio y seco, sin signos aparentes de infección al momento de la valoración, pero con presencia de un dren activo. La paciente muestra temor a levantarse por miedo a volver a caer, y su hija refiere que en casa vive sola.

2. Diagnósticos de enfermería (NANDA-I 2024-2026)

Diagnóstico 1. Dolor agudo

Dominio 12: Confort · Clase 1: Confort físico

Definición operativa: experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por daño tisular real (secundario al procedimiento quirúrgico), de inicio súbito y duración inferior a tres meses.

Características definitorias: expresión verbal de dolor (EVA 6/10), facies de dolor, postura antiálgica, conducta de protección de la zona afectada.

Factor relacionado: agente lesivo físico (procedimiento quirúrgico de reemplazo de cadera).

Diagnóstico 2. Deterioro de la movilidad física

Dominio 4: Actividad/Reposo · Clase 2: Actividad/ejercicio

Definición operativa: limitación del movimiento físico independiente y con un propósito del cuerpo o de una o más extremidades.

Características definitorias: disminución del rango de movimiento del miembro inferior derecho, dificultad para girar en cama y para la deambulación, dependencia de asistencia para los cambios de posición.

Factores relacionados: dolor, restricción física derivada del procedimiento quirúrgico, disminución de la resistencia física posoperatoria.

Diagnóstico 3. Riesgo de infección

Dominio 11: Seguridad/Protección · Clase 1: Infección

Definición operativa: susceptibilidad a la invasión y multiplicación de organismos patógenos, que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo: procedimiento invasivo (herida quirúrgica con dren activo), edad avanzada, movilidad reducida que puede prolongar la exposición de la zona quirúrgica.

Nota: al tratarse de un diagnóstico de riesgo, no presenta características definitorias, sino factores de riesgo, conforme a Definición operativa: susceptibilidad a experimentar caídas, que puede causar daño físico y comprometer la salud.

Factores de riesgo: antecedente de caída reciente, movilidad física reducida, edad avanzada (mayor de 65 años),

temor verbalizado a levantarse, vivienda sin acompañamiento permanente al alta. la estructura de la taxonomía NANDA-I.

Diagnóstico 4. Riesgo de caídas

Dominio 11: Seguridad/Protección · Clase 2: Lesión física

Definición operativa: susceptibilidad a experimentar caídas, que puede causar daño físico y comprometer la salud.

Factores de riesgo: antecedente de caída reciente, movilidad física reducida, edad avanzada (mayor de 65 años), temor verbalizado a levantarse, vivienda sin acompañamiento permanente al alta.

3. Planificación: resultados (NOC) e intervenciones (NIC) por diagnóstico

Dolor agudo

NOC (resultado esperado): Nivel del dolor / Control del dolor

Indicador de logro: La paciente reportará una disminución del dolor a 3/10 o menos en la EVA dentro de las 24 horas siguientes, y utilizará medidas de alivio no farmacológicas de manera autónoma.

NIC (intervenciones principales): Manejo del dolor (valoración sistemática con escala EVA, administración de analgesia pautada, reposicionamiento terapéutico); enseñanza de técnicas de relajación y respiración.

Deterioro de la movilidad física

NOC (resultado esperado): Ambulación / Movimiento articular

Indicador de logro: La paciente iniciará la deambulación asistida con andador dentro de las 48 horas siguientes, y aumentará progresivamente su tolerancia a la actividad según el protocolo de rehabilitación posquirúrgica.

NIC (intervenciones principales): Terapia de ejercicios: deambulación y movilidad articular; fomento de la mecánica corporal correcta; coordinación con fisioterapia para el plan de movilización progresiva.

Capítulo 2. Riesgo de infección

NOC (resultado esperado): Control del riesgo / Curación de la herida por primera intención

Indicador de logro: La herida quirúrgica no presentará signos de infección (eritema, calor, secreción purulenta, fiebre) durante el periodo de hospitalización.

NIC (intervenciones principales): Cuidados del sitio de incisión y del drenaje; vigilancia de signos vitales y de signos locales de infección; técnica aséptica en cada curación; protección de infecciones según protocolo institucional.

Capítulo 3. Riesgo de caídas

NOC (resultado esperado): Conducta de prevención de caídas / Estado de seguridad: caídas

Indicador de logro: La paciente y su cuidadora identificarán al menos tres medidas de prevención de caídas antes del alta, y no se registrará ningún episodio de caída durante la hospitalización.

NIC (intervenciones principales): Prevención de caídas (uso de barandales, timbre de llamada al alcance, calzado antideslizante); educación a la paciente y a la familia sobre adaptaciones del entorno domiciliario previas al alta.

4. Vinculación con la gestión del cuidado y la administración del servicio

Este caso, además de su valor clínico, ilustra la interdependencia entre la administración clínica y la administración de los servicios de enfermería desarrollada a lo largo de la Sección I: la formulación de diagnósticos y su seguimiento sistemático constituye una aplicación directa de la

enfermería basada en la evidencia (Cap. 4); la organización del turno para garantizar la vigilancia del riesgo de caídas y de infección depende de una dotación de personal adecuada según la complejidad del paciente (Cap. 5); la coordinación con fisioterapia y la educación a la familia exigen competencias de comunicación y liderazgo de la enfermera

responsable (Cap. 7); y el consentimiento informado y la confidencialidad de la información clínica de la paciente deben respetarse en cada etapa del proceso (Cap. 6).

Un servicio de enfermería bien gestionado no solo aplica correctamente la taxonomía NANDA-I a nivel individual, sino que agrega estos diagnósticos a nivel de unidad como indicadores de gestión: por ejemplo, la tasa de pacientes con diagnóstico de riesgo de caídas atendidos sin incidentes, o el tiempo promedio hasta el control efectivo del dolor posoperatorio, son datos que retroalimentan directamente el ciclo de planificación-organización-dirección-control desarrollado en el Cap. 5 de esta obra.

5. Cuestionario de Evaluación

1. Cap. 1. ¿Quién es reconocida por su uso pionero de la estadística aplicada a la gestión sanitaria

durante la Guerra de Crimea?

A) Virginia Henderson

B) Florence Nightingale

C) Dorothea Orem

D) Hildegard Peplau

2. Cap. 1. La escuela científica de la administración, centrada en la estandarización del trabajo, fue fundada por:

A) Henri Fayol

B) Max Weber

C) Frederick Taylor

D) Peter Drucker

3. Cap. 1. El proceso mediante el cual el cuidado de enfermería transita de una actividad empírica hacia una disciplina científica y regulada se denomina:

A) Gestión por procesos

B) Profesionalización de enfermería

C) Gobernanza institucional

D) Nueva gestión pública

4. Cap. 2. La función que se ubica en el nivel más alto de decisión estratégica dentro de una institución de salud es:

A) La gestión

B) La gerencia

C) El control

D) La ejecución operativa

5. Cap. 2. La relación entre los recursos utilizados y los resultados obtenidos se denomina:

A) Eficacia

B) Efectividad

C) Eficiencia

D) Gerencia

6. Cap. 2. El grado en que se alcanzan los objetivos planteados, con independencia de los recursos utilizados, se denomina:

A) Eficiencia

B) Eficacia

C) Gestión administrativa

D) Habilidad gerencial

7. Cap. 3. Los 14 principios generales de la administración fueron formulados por:

A) Frederick Taylor

B) Henri Fayol

C) Max Weber

D) Elton Mayo

8. Cap. 3. El enfoque que concibe a la organización como un sistema abierto que intercambia recursos con su entorno es el enfoque:

A) Científico

B) Clásico

C) Sistémico

D) Contingencial

9. Cap. 3. El enfoque que sostiene que no existe un único modelo administrativo óptimo para todas las organizaciones se denomina:

A) Enfoque contingencial

B) Enfoque clásico

C) Enfoque científico

D) Enfoque burocrático

10. Cap. 4. El formato utilizado para formular una pregunta clínica estructurada en la enfermería basada en la evidencia es:

A) FODA

B) PICO

C) SMART

D) PHVA

11. Cap. 4. Según Solarte Portilla et al. (2024), los procesos que definen las políticas y la dirección estratégica de una institución de salud se denominan procesos:

A) Habilitantes

B) Agregadores de valor

C) Gobernantes

D) Operativos de soporte

12. Cap. 4. El modelo que organiza la selección, evaluación y desarrollo del personal a partir de conocimientos, habilidades y actitudes se denomina:

A) Gestión por procesos

B) Gestión por competencias

C) Enfermería basada en la evidencia

D) Nueva gestión pública

13. Cap. 5. Las cuatro funciones del proceso administrativo, según la formulación clásica de Fayol, son:

A) Planificar, dirigir, ejecutar, evaluar

B) Planificar, organizar, dirigir, controlar

C) Organizar, liderar, motivar, evaluar

D) Diagnosticar, planificar, ejecutar, controlar

14. Cap. 5. Según Martín Rivera et al. (2025), la primera etapa de la planificación estratégica situacional es:

A) La formulación de objetivos estratégicos

B) El análisis situacional

C) El control de indicadores

D) La ejecución presupuestaria

15. Cap. 5. Según Cabrera-Ku et al. (2024), dotar al personal de enfermería conforme a la gravedad del paciente, y no solo mediante ratios fijos, mejora principalmente:

A) Únicamente el presupuesto institucional

B) La calidad de la atención y disminuye el agotamiento del personal

C) Solamente la satisfacción de la gerencia

D) El número de camas disponibles

16. Cap. 6. El instrumento legal que regula específicamente el ejercicio profesional de enfermería en el Ecuador es:

A) El Código Orgánico Integral Penal

B) La Ley de Ejercicio Profesional de las Enfermeras y Enfermeros del Ecuador

C) La Ley de Contratación Pública

D) El Código de Trabajo

17. Cap. 6. El nuevo Código Ético y Deontológico de la Enfermera Española fue aprobado en:

A) diciembre de 2025

B) enero de 2020

C) marzo de 2019

D) junio de 2023

18. Cap. 6. La obligación de reparar el daño causado a un paciente como consecuencia de una acción u omisión profesional corresponde a la responsabilidad:

A) Penal

B) Civil

C) Administrativa

D) Deontológica

19. Cap. 7. El estilo de liderazgo compuesto por influencia idealizada, motivación inspiradora, estimulación intelectual y consideración individualizada se denomina liderazgo:

A) Transaccional

B) Transformacional

C) Autocrático

D) Laissez-faire

20. Cap. 7. Según Aguayo-Loyola et al. (2023), el estilo de liderazgo predominante en profesionales de enfermería del sector público chileno fue el de:

Administración de los servicios de enfermería: Gestión, liderazgo y calidad del cuidado

A) Dirección

B) Delegación

C) Autocracia

D) Laissez-faire puro

21. Cap. 7. La capacidad de reconocer, comprender y gestionar las propias emociones y las de los demás, aplicada al liderazgo, se denomina:

A) Liderazgo situacional

B) Inteligencia emocional

C) Empoderamiento

D) Clima organizacional

R= 1-B, 2-C, 3-B, 4-B, 5-C, 6-B, 7-B, 8-C, 9-A, 10-B, 11-C, 12-C, 13-B, 14-B, 15-B, 16-B, 17-A, 18-B, 19-B, 20-B, 21-B

SECCIÓN II. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LOS RECURSOS DEL SERVICIO DE ENFERMERÍA

CAPÍTULO 8. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA

Organigramas, niveles jerárquicos y comités

Competencias

1. Definir el concepto de estructura organizativa y su representación gráfica mediante organigramas.
2. Identificar los niveles jerárquicos típicos de un servicio de enfermería y las funciones propias de cada uno.
3. Diferenciar los tipos de estructura organizativa (lineal, funcional, matricial) aplicados a instituciones de salud.
4. Explicar el rol del coordinador o coordinadora de enfermería dentro de las subdirecciones de gestión del cuidado.
5. Analizar la función y composición de los comités institucionales en los que participa enfermería.
6. Relacionar la estructura organizativa con el modelo de gestión por procesos desarrollado en capítulos anteriores.
7. Valorar la pertinencia y los desafíos de la estructura organizativa de enfermería en el contexto ecuatoriano y latinoamericano.

Introducción

Si el Cap. 5 presentó la organización como una de las cuatro funciones del proceso administrativo, este capítulo desarrolla en profundidad su expresión concreta dentro de los servicios de enfermería: la estructura organizativa, su representación gráfica mediante organigramas, los niveles jerárquicos que la componen y los comités institucionales en los que la profesión de enfermería participa de manera creciente.

Comprender esta estructura no es un ejercicio formal o burocrático, sino una condición indispensable para que cualquier profesional de enfermería sepa, con precisión, a quién reporta, sobre quién tiene autoridad, y a través de qué canales institucionales puede incidir en decisiones que trascienden su turno o unidad inmediata.

Este capítulo desarrolla, con el mismo tratamiento denso del resto de la obra, los principios de diseño organizacional aplicados a la salud, los niveles jerárquicos típicos de un servicio de enfermería, el rol específico de la coordinación y la subdirección de enfermería, y la participación, todavía limitada, según la evidencia reciente, de enfermería en los comités institucionales de ética y bioética.

Fundamentos de la estructura organizativa

La estructura organizativa ordena el trabajo institucional mediante relaciones formales de autoridad, responsabilidad y comunicación. Su representación gráfica, el organigrama, cumple una función que excede lo meramente descriptivo: establece los niveles jerárquicos, las líneas de autoridad y responsabilidad, y delimita las funciones, relaciones y mecanismos de coordinación entre los distintos puestos de una institución de salud.

Un organigrama bien diseñado permite que cualquier miembro del servicio de enfermería, incluido el personal recién incorporado, identifique con claridad su posición dentro de la organización y los canales formales disponibles para la toma de decisiones.

Niveles jerárquicos en los servicios de enfermería

La estructura jerárquica de enfermería replica, en términos generales, los tres niveles gerenciales desarrollados en el Cap. 2 de esta obra. En el nivel estratégico se ubica la dirección o subdirección de enfermería, máxima instancia de conducción de la profesión dentro de la institución, responsable de organizar, gestionar y coordinar a todos los supervisores de área, así como de supervisar la calidad de las tareas asistenciales de las distintas unidades, priorizando siempre la seguridad del paciente y promoviendo la investigación y la calidad asistencial.

En el nivel táctico se ubican los coordinadores y supervisores de área, encargados de traducir las políticas institucionales en la operación concreta de varias unidades. En el nivel operativo se ubican las jefaturas de unidad y el personal asistencial responsable de la ejecución directa del cuidado.

Tipos de estructura organizativa aplicados a la salud

Las instituciones de salud adoptan predominantemente estructuras de tipo lineal o jerárquico, en las que la autoridad fluye de manera vertical y continua desde la dirección general hasta el personal operativo, frecuentemente combinadas con una departamentalización de tipo funcional, en la que los servicios se organizan según especialidad médica (cirugía, medicina interna, pediatría, entre otras), criterio que se refleja igualmente en la estructuración del departamento de enfermería.

En instituciones de mayor complejidad, o en programas específicos que atraviesan varios servicios (por ejemplo, un programa institucional de seguridad del puede adoptarse una estructura matricial, en la que el personal de enfermería responde simultáneamente a su jefatura de unidad y a la coordinación del programa transversal correspondiente.

Principios de diseño organizacional

Tres principios clásicos, heredados de la teoría fayoliana desarrollada en el Cap. 3, continúan orientando el diseño de la estructura organizativa de enfermería. La unidad de mando establece que cada colaborador debe recibir instrucciones de un único superior jerárquico directo, evitando líneas de autoridad contradictorias. El ámbito de control determina cuántos colaboradores puede supervisar efectivamente un jefe o coordinador, variable crítica en enfermería dado que un ámbito de control excesivamente amplio compromete la calidad de la supervisión clínica.

Finalmente, la departamentalización por servicios y especialidades organiza el trabajo asistencial en unidades reconocibles, facilitando la coordinación interna y la rendición de cuentas.

El rol del coordinador y la subdirección de enfermería

Ramírez Aguilera (2023), en un análisis sobre el rol del coordinador de enfermería en las subdirecciones de gestión del cuidado, concluye que la definición y las funciones de este rol son divergentes entre instituciones, y que en la actualidad las estructuras organizativas de enfermería son disímiles entre los establecimientos hospitalarios analizados.

La autora identifica que el estilo de liderazgo, la motivación, la comunicación efectiva, el acompañamiento y el conocimiento de sistemas complejos determinan las características que distinguen a las enfermeras coordinadoras exitosas, y sugiere establecer una estructura orgánica general desde el nivel central que permita cierta universalidad en las subdirecciones de enfermería, considerando al mismo tiempo las diferencias según cartera de servicios, complejidad y especialidad de cada institución.

Este hallazgo es relevante para el capítulo porque confirma que la estructura organizativa de enfermería no es un dato fijo o universal, sino una decisión de diseño institucional que varía considerablemente incluso dentro de un mismo país, lo que exige del profesional de enfermería la capacidad de interpretar el organigrama específico de cada institución en la que se desempeñe, más allá de un modelo teórico único.

SADF

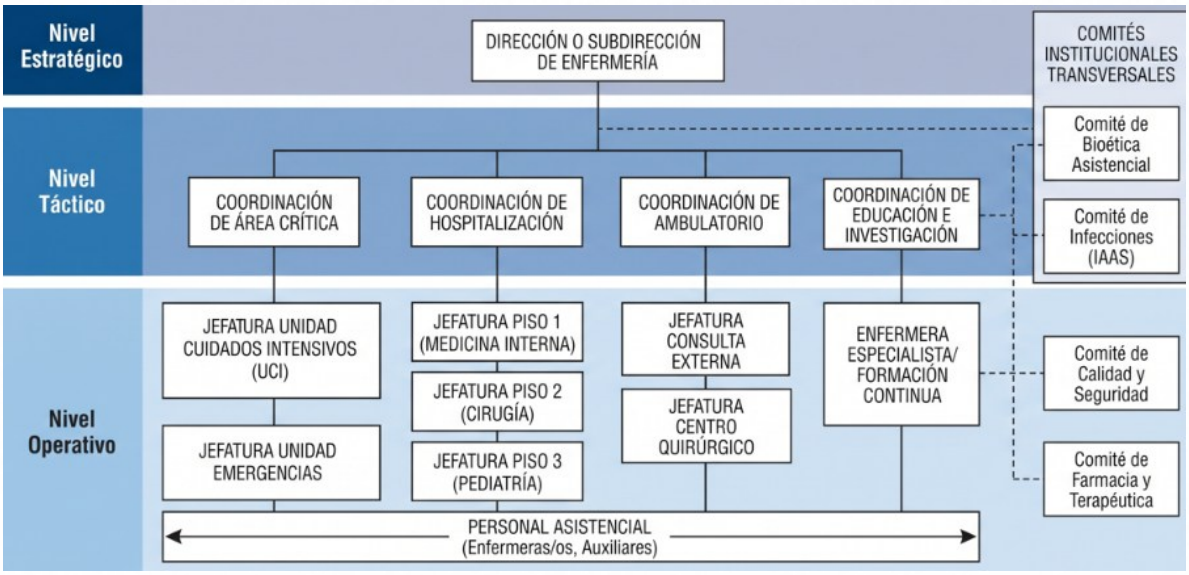


Figura 15. Organigrama tipo de un servicio de enfermería hospitalario

Nota: El organigrama representa líneas formales de autoridad y coordinación, útiles para identificar a quién corresponde decidir, supervisar o comunicar. Sin embargo, la continuidad del cuidado también depende de vínculos operativos entre turnos y unidades que no siempre quedan visibles en la estructura jerárquica.

Fuente: Elaboración propia en base a Ramírez Aguilera (2023)

La figura permite interpretar el contenido de la siguiente manera: el organigrama permite identificar líneas de coordinación y responsabilidad, pero no describe por sí solo cómo circula la información clínica. Para valorar su utilidad deben examinarse también la asignación de funciones, los canales de escalamiento y la continuidad entre turnos.

Comités institucionales y participación de enfermería

Además de la línea jerárquica vertical, la estructura organizativa de una institución de salud incluye órganos colegiados de carácter transversal: los comités. Sabio et al. (2025), en un estudio exploratorio sobre la inclusión del personal de enfermería en comités de bioética asistencial y comités de ética en investigación en Argentina, identificaron 258 comités, de los cuales 85 respondieron una encuesta estructurada sobre su composición y funcionamiento.

Los autores concluyen que la participación de enfermería en estos comités continúa siendo limitada, lo que refleja barreras estructurales persistentes en su actuación institucional, pese al valor reconocido de su perspectiva para enriquecer la deliberación ética en el ámbito sanitario. Los autores sugieren que promover la formación bioética y el apoyo institucional al personal de enfermería facilitaría su integración efectiva en estos espacios.

Más allá de los comités de bioética, la estructura organizativa hospitalaria contempla habitualmente otros comités en los que la participación de enfermería resulta igualmente estratégica: comités de control de infecciones, comités de calidad y seguridad del paciente, y comités de farmacia y terapéutica, entre otros. En todos los casos, la lógica es la misma: estos comités constituyen canales formales mediante los cuales el conocimiento clínico y de gestión del cuidado, propio de enfermería, puede incidir en decisiones institucionales que trascienden la autoridad jerárquica vertical desarrollada en los apartados anteriores.

Aplicación al contexto ecuatoriano y latinoamericano

El modelo de gestión por procesos de los hospitales básicos y generales del Ecuador, desarrollado en el Cap.4 de esta obra, tiene una traducción directa en la estructura organizativa: los procesos gobernantes corresponden a la dirección estratégica de la institución (y, dentro de ella, a la dirección de enfermería), los procesos agregadores de valor corresponden a las unidades asistenciales donde se ejecuta el cuidado directo, y los procesos habilitantes c corresponden a las áreas de soporte que sostienen la operación institucional (Solarte Portilla et al., 2024).

Esta correspondencia confirma que el organigrama de un servicio de enfermería ecuatoriano no debe leerse de manera aislada, sino como la traducción estructural del mapa de procesos institucional.

A esta base normativa se suma el reconocimiento explícito del rol administrativo dentro del perfil de egreso del profesional de enfermería ecuatoriano (Cordero Pincay et al., 2024), lo que sitúa al profesional en condiciones de asumir, con fundamento curricular, posiciones de coordinación o dirección dentro de esta estructura.

No obstante, la heterogeneidad de estructuras documentada por Ramírez Aguilera (2023) a nivel regional, y las barreras de participación en comités documentadas por Sabio et al. (2025), confirman que la estandarización efectiva de la estructura organizativa de enfermería, y de los canales reales de incidencia de la profesión dentro de ella, continúa siendo un desafío pendiente en la región.

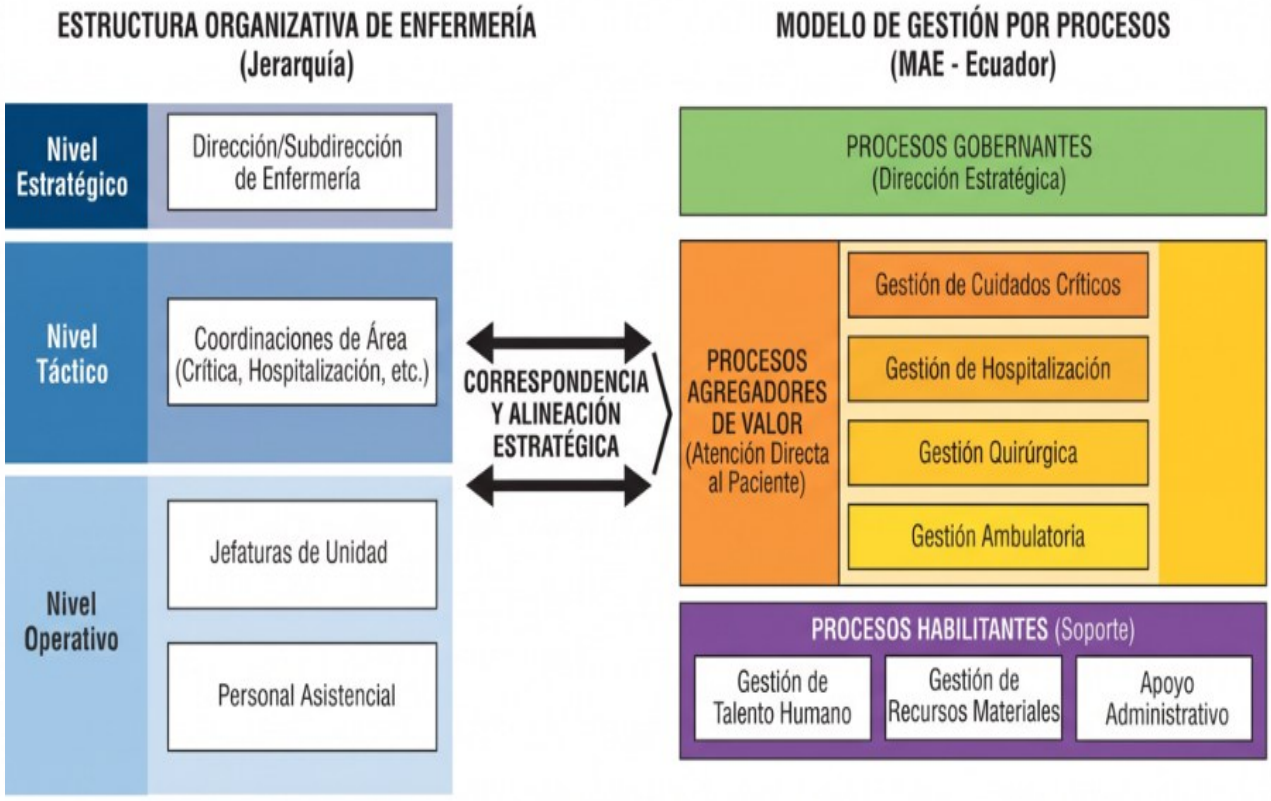


Figura 16. Estructura organizativa y mapa de procesos, una correspondencia

Fuente: Modelo de gestión hospitalaria del Ecuador. (2025).

Nota: la correspondencia entre estructura y procesos muestra por qué una jerarquía formal no basta para asegurar una atención articulada. Los procesos cruzan unidades y requieren acuerdos operativos explícitos, especialmente en actividades compartidas entre enfermería y otros servicios.

Síntesis del capítulo

La estructura organizativa de los servicios de enfermería, representada gráficamente en organigramas, desplegada en niveles jerárquicos estratégico, táctico y operativo, y complementada por la participación en comités institucionales, constituye el soporte formal sobre el que se ejerce la gestión del cuidado desarrollada en capítulos anteriores de esta obra.

La evidencia reciente confirma que esta estructura varía considerablemente entre instituciones, y que la participación de enfermería en espacios colegiados de decisión, como los comités de bioética, continúa siendo un área de oportunidad concreta para fortalecer la incidencia real de la profesión en la gobernanza institucional.

Metodología para el trabajo con estudiantes

Se propone una secuencia metodológica de cuatro fases, basada en el análisis de organigramas reales y en el aprendizaje basado en problemas, especialmente adecuada para un contenido de naturaleza estructural como el desarrollado en este capítulo.

Fase 1. Diagnóstico: lectura crítica de un organigrama real

Duración estimada: 40 minutos · Trabajo individual

El docente entrega (o solicita al estudiantado conseguir, respetando la confidencialidad institucional) el organigrama de un servicio de enfermería real. Cada estudiante identifica por escrito los tres niveles jerárquicos desarrollados en el capítulo, señala al menos una línea de mando y estima el ámbito de control aparente de un cargo intermedio.

Fase 2. Análisis comparativo en pequeños grupos

Duración estimada: 50 minutos · Grupos de 3-4 integrantes

Los grupos comparten sus organigramas y discuten las diferencias encontradas entre instituciones, relacionándolas con la heterogeneidad estructural documentada por Ramírez Aguilera (2023). Cada grupo elabora una lista de al menos tres elementos comunes y tres elementos divergentes entre los organigramas analizados.

Fase 3. Construcción guiada: diseño de un organigrama propio

Duración estimada: 60 minutos · Grupos de 3-4 integrantes

A partir de un caso institucional simulado (tamaño del hospital, número de servicios, existencia o no de programas transversales), cada grupo diseña su propio organigrama de enfermería, aplicando los principios de unidad de mando, ámbito de control y departamentalización, y decidiendo de manera justificada qué tipo de estructura (lineal, funcional o matricial) resulta más adecuada para el caso asignado.

Fase 4. Socialización y retroalimentación entre pares

Duración estimada: 40 minutos · Plenaria

Cada grupo presenta su organigrama en un máximo de 5 minutos, recibiendo retroalimentación estructurada de al menos otro grupo mediante una rúbrica breve (claridad jerárquica, coherencia del ámbito de control, pertinencia del tipo de estructura elegido). El docente cierra la sesión conectando los organigramas diseñados con el mapa de procesos ecuatoriano desarrollado en el Cap. 4, evidenciando la correspondencia entre ambos esquemas.

Evaluación sugerida: el organigrama construido en la Fase 3, junto con su justificación escrita, puede emplearse como evidencia de aprendizaje evaluable, aplicando una rúbrica que valore la correcta aplicación de los principios de diseño organizacional (40%), la pertinencia del tipo de estructura elegido (30%) y la calidad de la retroalimentación ofrecida a otro grupo durante la fase (30%).

CAPÍTULO 9. PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y OPERATIVA DE CALIDAD

Misión, visión, objetivos y política institucional de calidad

Competencias

1. Diferenciar la planificación estratégica y la planificación operativa aplicadas a un servicio de enfermería.
2. Formular la misión, visión y objetivos estratégicos de un servicio de enfermería.
3. Aplicar el análisis FODA como herramienta de diagnóstico institucional.
4. Explicar el concepto de política de calidad institucional y su vinculación con la planificación estratégica.
5. Analizar la relación entre la apropiación institucional de las herramientas de gestión y la sostenibilidad de la planificación.
6. Diseñar un plan operativo anual (POA) básico para un servicio de enfermería.
7. Valorar la integración entre planificación estratégica y calidad en el contexto ecuatoriano y latinoamericano

Introducción

El Cap. 5 presentó la planificación como la primera de las cuatro funciones del proceso administrativo, y remitió su desarrollo completo a este capítulo. Aquí se profundiza en dos dimensiones que, con frecuencia, se enseñan de manera separada sin advertir su interdependencia: la planificación estratégica, misión, visión y objetivos de mediano y largo plazo, y su traducción operativa en una política de calidad institucional concreta.

La tesis central del capítulo es que planificar sin incorporar la calidad como eje transversal produce planes formalmente correctos pero institucionalmente irrelevantes, mientras que una política de calidad sin anclaje en la planificación estratégica queda reducida a un enunciado sin fuerza operativa real.

El capítulo desarrolla, con evidencia actualizada, los componentes clásicos de la planificación estratégica, su traducción en planificación operativa mediante el plan operativo anual, el concepto de política de calidad como parte constitutiva, y no añadida, de la planificación institucional, y los

desafíos de apropiación institucional que explican por qué tantos planes estratégicos terminan siendo documentos archivados y no herramientas de gestión realmente utilizadas.

Fundamentos de la planificación estratégica en salud

Valencia Sandoval y Haro-Zea (2024), en una revisión sistemática sobre gestión estratégica en instituciones de salud desarrollada bajo el protocolo PRISMA 2020, concluyen que la planificación estratégica constituye una herramienta clave de gestión para guiar la toma de decisiones institucionales, establecer metas organizacionales y definir medidas de monitoreo y evaluación que conduzcan a un mejor desempeño administrativo.

Los autores encuentran que las organizaciones de salud con un modelo estratégico integrado demuestran mayor eficiencia operativa, coordinación institucional y sostenibilidad organizacional que aquellas que operan sin este marco. La planificación operativa, por su parte, traduce ese horizonte estratégico en metas de corto plazo, habitualmente anuales, con responsables y recursos asignados de manera concreta.

Componentes de la planificación estratégica institucional

La formulación de la misión y la visión constituye el punto de partida de cualquier proceso de planificación estratégica: la misión expresa el propósito presente de la organización, mientras que la visión expresa su estado futuro deseado. A partir de ambas se derivan los objetivos estratégicos, que orientan las prioridades institucionales de mediano y largo plazo.

Martín Rivera et al. (2025) ilustran esta lógica al desarrollar, en un hospital de alta complejidad, un análisis situacional de los profesionales de enfermería como paso previo e indispensable para la formulación de un plan estratégico institucional, confirmando que el diagnóstico, frecuentemente mediante un análisis FODA de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas, antecede y condiciona la calidad de cualquier objetivo estratégico posteriormente formulado.

La política de calidad como componente de la planificación institucional

García-Ortiz (2024) sostiene que un modelo de gestión institucional eficiente se caracteriza por la planificación adecuada de los recursos humanos, materiales y financieros, así como por la optimización de los procesos de atención, y concluye que fortalecer la calidad de los servicios de salud exige necesariamente un modelo de gestión institucional que la incorpore como eje explícito. Bajo esta perspectiva, la política de calidad no es un documento adicional y desconectado del plan estratégico, sino la declaración mediante la cual la institución integra sus compromisos de calidad

dentro de su misión, visión y objetivos generales. Esta lógica es coherente con el desplazamiento hacia la orientación a resultados y la rendición de cuentas descrito por Bravo-Cedeño y Vegas-Meléndez (2023) en su análisis del modelo de la nueva gestión pública aplicado a la administración hospitalaria, desarrollado en el Cap. 2 de esta obra.

De la planificación estratégica a la planificación operativa

El plan operativo anual (POA) constituye el instrumento mediante el cual los objetivos estratégicos de mediano y largo plazo se traducen en actividades, metas, responsables e indicadores concretos para un periodo de un año. Sin este puente operativo, la planificación estratégica corre el riesgo de permanecer en un nivel discursivo, sin capacidad real de orientar el trabajo cotidiano de un servicio de enfermería.

Los indicadores de seguimiento definidos en el POA constituyen, además, el primer eslabón del ciclo de control desarrollado en el Cap. 5: es a través de estos indicadores que el control retroalimenta a la planificación del siguiente periodo.

Apropiación institucional de las herramientas de gestión

Uno de los hallazgos más relevantes de la literatura reciente es que la planificación estratégica solo logra producir esfuerzos de mejora sostenibles cuando se implementa efectivamente la apropiación institucional de las herramientas de gestión (Valencia Sandoval y Haro-Zea, 2024).

Los niveles limitados de conocimiento del personal sobre instrumentos como el plan estratégico, los manuales de procesos, las políticas de calidad y los propios organigramas institucionales des, arrollados en el Cap. 8 de esta obra, reflejan debilidades en los mecanismos de comunicación y socialización organizacional, y explican por qué la planificación estratégica en instituciones de salud requiere mecanismos continuos de difusión, monitoreo y retroalimentación para promover su correcta aplicación, y no basta con su formulación técnica inicial.

Este hallazgo tiene una implicación práctica directa para la enfermera gestora: un plan estratégico excelente, diseñado con el mejor análisis FODA posible, fracasará en su implementación si el personal operativo del servicio desconoce su existencia o no comprende cómo se traduce en su trabajo diario.



Figura 17. Matriz FODA aplicada a un servicio de enfermería

Fuente:
Nota: la matriz FODA distingue condiciones internas del servicio y factores externos que pueden favorecer o limitar su desempeño. Su contribución a la planificación depende de convertir cada observación relevante en decisiones verificables y no limitar el análisis a enumerar fortalezas y amenazas.
Matriz de cuatro cuadrantes (fortalezas, oportunidades, debilidades, amenazas) con un ejemplo aplicado a un servicio de enfermería en cada cuadrante, como insumo diagnóstico previo a la formulación de objetivos estratégicos.

Aplicación al contexto ecuatoriano y latinoamericano

El modelo de gestión hospitalaria del Ecuador, con su distinción entre procesos gobernantes, agregadores de valor y habilitantes desarrollada en el Cap. 4, ofrece un marco institucional explícito para anclar la planificación estratégica: la formulación de la misión, visión y política de calidad corresponde al nivel de los procesos gobernantes, mientras que su ejecución mediante planes operativos y su seguimiento mediante indicadores atraviesan tanto los procesos agregadores de valor como los habilitantes (Solarte Portilla et al., 2024).

No obstante, la evidencia regional sobre las brechas de apropiación institucional de estas herramientas confirma que la existencia formal de un modelo de gestión por procesos no garantiza, por sí sola, que el personal de enfermería de primera línea conozca y utilice efectivamente su plan estratégico y su política de calidad institucional.

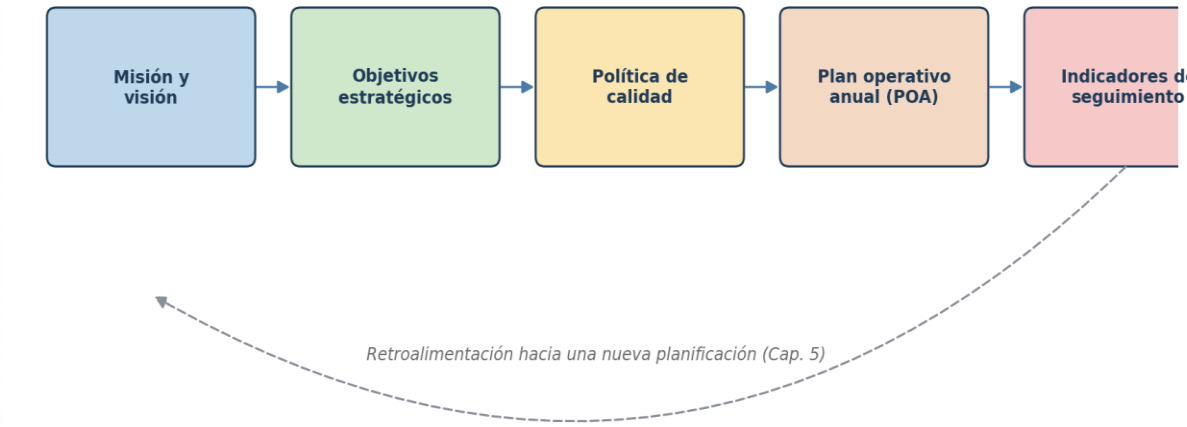


Figura 18. De la planificación estratégica a la política de calidad y el control

Nota: la secuencia expone la relación entre prioridades estratégicas, compromisos de calidad y seguimiento operativo. Una política de calidad solo orienta la gestión si se expresa en metas, responsables e indicadores susceptibles de revisión periódica.

Flujo que conecta misión/visión ® objetivos estratégicos ® política de calidad ® plan operativo anual ® indicadores, con una flecha de retroalimentación hacia la planificación, enlazando este capítulo con el ciclo administrativo del Cap. 5 y el desarrollo operativo de la calidad en la Sección IV.

Síntesis del capítulo

La planificación estratégica y la política de calidad no son procesos paralelos, sino dos caras de una misma decisión institucional: qué tipo de atención se compromete a brindar una organización de salud, y cómo se traduce ese compromiso en objetivos, planes operativos e indicadores concretos. La evidencia reciente confirma que el factor crítico de éxito no es la calidad técnica del plan estratégico en sí mismo, sino el grado de apropiación institucional que el personal, incluido el de enfermería lo, gra desarrollar sobre estas herramientas de gestión.

Trabajo con estudiantes

Se propone una secuencia metodológica de cuatro fases, centrada en la construcción progresiva de un plan estratégico simplificado para un servicio de enfermería, integrando desde el inicio la dimensión de calidad como eje transversal y no como un añadido posterior.

Fase 1. Diagnóstico situacional con matriz FODA

Duración estimada: 50 minutos · Grupos de 3-4 integrantes

Cada grupo selecciona un servicio de enfermería (real o simulado) y construye una matriz FODA con al menos dos elementos por cuadrante, basándose en información disponible o en un caso proporcionado por el docente. El ejercicio se limita deliberadamente al diagnóstico, sin avanzar todavía a la formulación de objetivos.

Fase 2 . Formulación de misión, visión y objetivos estratégicos

Duración estimada: 60 minutos · Mismos grupos

A partir de la matriz FODA de la Fase 1, cada grupo redacta una misión y una visión breves para su servicio, y formula entre dos y tres objetivos estratégicos que respondan directamente a las debilidades o amenazas identificadas en el diagnóstico, evitando objetivos genéricos desconectados del análisis previo.

Fase 3. Integración de una política de calidad

Duración estimada: 45 minutos · Mismos grupos

Cada grupo redacta una breve política de calidad (3-4 líneas) coherente con la misión, visión y objetivos ya formulados, y selecciona al menos un objetivo estratégico que se traduzca directamente en un compromiso de calidad medible, anticipando el desarrollo operativo que se abordará en la Sección IV de esta obra.

Fase 4. Esbozo de plan operativo anual y socialización

Duración estimada: 55 minutos · Plenaria

Cada grupo esboza, para uno de sus objetivos estratégicos, una fila de plan operativo anual (actividad, responsable, plazo, indicador) y presenta su plan completo, FODA, misión, visión, objetivos, política de calidad y POA, en un máximo de 6 minutos. El docente cierra la sesión discutiendo con el curso qué elementos del ejercicio serían más difíciles de apropiar institucionalmente en la práctica real, conectando con los hallazgos de Valencia Sandoval y Haro-Zea (2024) sobre apropiación institucional.

Evaluación sugerida: el plan estratégico simplificado construido a lo largo de las cuatro fases puede emplearse como evidencia de aprendizaje evaluable, valorando la coherencia interna entre diagnóstico, misión, visión, objetivos y política de calidad (50%), la pertinencia del indicador propuesto en el POA (25%), y la calidad de la argumentación durante la socialización en plenaria (25%).

CAPÍTULO 10. DOTACIÓN Y GESTIÓN DE PERSONAL

Cálculo de cargas de trabajo, indicadores de dotación, escalas y turnos

Competencias

1. Definir el concepto de dotación de personal y su relación directa con la carga de trabajo enfermero.
2. Explicar los tipos de carga de trabajo (física, mental, afectiva) y su medición mediante escalas específicas.
3. Aplicar los principales instrumentos de medición de carga de trabajo (NAS, VACTE) a un caso de servicio de enfermería.
4. Analizar la relación entre la ratio enfermera-paciente y los resultados de calidad y seguridad del paciente.
5. Diseñar una escala de turnos que equilibre la cobertura asistencial y el bienestar del personal.
6. Comparar las ventajas y desventajas de los turnos de 12 horas frente a los turnos de 7-8 horas.
7. Relacionar la dotación de personal con la prevención del síndrome de agotamiento profesional y el ausentismo laboral.
8. Valorar la dotación de personal como determinante de la seguridad del paciente en el contexto ecuatoriano y latinoamericano.

Introducción

Pocas decisiones administrativas tienen un efecto tan inmediato y medible sobre la seguridad del paciente como la dotación de personal de enfermería. A diferencia de otras funciones de gestión cuyos resultados se observan en el mediano plazo, una dotación insuficiente se traduce, en cuestión de horas, en sobrecarga de trabajo, en aumento del riesgo de eventos adversos y en deterioro del bienestar del equipo.

Por esta razón, este capítulo recibe un tratamiento extendido dentro de la obra: no basta con enunciar el principio general de que la dotación debe ajustarse a la complejidad del paciente, sino que es necesario comprender con precisión técnica cómo se mide esa complejidad, qué instrumentos existen para cuantificarla, cómo se traduce en una ratio enfermera-paciente concreta, y cómo se organiza esa dotación en escalas de turnos que sean sostenibles para el personal.

El capítulo desarrolla, con evidencia internacional y regional actualizada, los fundamentos conceptuales de la dotación de personal, los tipos y componentes de la carga de trabajo enfermero, los sistemas de clasificación de pacientes, las principales escalas de medición utilizadas en la práctica clínica actual (NAS y VACTE©), el cálculo de la ratio enfermera-paciente óptima, la relación entre dotación y resultados de seguridad del paciente, el diseño de escalas y turnos, y el vínculo entre sobrecarga laboral y síndrome de agotamiento profesional.

El capítulo cierra con su aplicación específica al contexto ecuatoriano y latinoamericano.

Fundamentos de la dotación de personal de enfermería

La dotación de personal de enfermería es la determinación técnica de la cantidad y el perfil de personal necesario para cubrir una unidad o servicio, en función de la carga de trabajo real y la complejidad de los pacientes atendidos.

Esta definición, aparentemente sencilla, contiene una advertencia metodológica central que atraviesa todo el capítulo: la dotación no debe calcularse a partir de ratios fijos genéricos (por ejemplo, 'una enfermera cada cinco pacientes' sin distinción de complejidad), sino a partir de instrumentos que permitan estimar con precisión las necesidades reales de cuidado de cada paciente específico.

Cabrera-Ku et al. (2024), en una revisión sistemática sobre dotación de personal de enfermería orientada a disminuir infecciones asociadas a la atención en salud, encontraron que dotar al personal conforme a la gravedad del paciente, y no solo mediante ratios fijos, mejora la calidad de la atención, disminuye el agotamiento del personal y previene lesiones laborales asociadas a la sobrecarga de trabajo.

La relevancia de este tema trasciende ampliamente el ámbito técnico de la programación de horarios: estudios internacionales de referencia, como el de Busse et al., han documentado la asociación entre la dotación y educación del personal de enfermería y la mortalidad hospitalaria en distintos países europeos, confirmando que las decisiones de dotación no son un asunto meramente administrativo, sino una decisión clínica con consecuencias directas sobre la vida de los pacientes.

Tipos y componentes de la carga de trabajo enfermero

La carga de trabajo enfermero se compone de al menos tres dimensiones que deben distinguirse analíticamente, aunque en la práctica se presenten de manera simultánea.

1. La carga física está relacionada con la capacidad y los ritmos de trabajo de cada persona para realizar una tarea concreta (movilización de pacientes, procedimientos técnicos, desplazamientos dentro del servicio).
2. La carga mental hace referencia a las exigencias de los procesos intelectuales derivados de la práctica enfermera: la vigilancia simultánea de múltiples pacientes, la toma de decisiones clínicas bajo presión temporal, y el manejo de información compleja.
3. La carga afectiva, finalmente, remite a la afectación derivada del contacto sostenido con el dolor y el sufrimiento de los pacientes, y a la capacidad emocional del profesional para afrontar esta dimensión de su práctica sin que ello comprometa su propio bienestar psicológico.

A esta tipología según la naturaleza de la carga se suma una clasificación según el tipo de actividad realizada: la asistencia directa, que se ejecuta en el contacto personal con el paciente; la asistencia indirecta, que contempla actividades de apoyo, registro y valoración de la situación del paciente sin contacto físico directo; y la educación sanitaria, entendida como la actividad de promoción orientada al desarrollo del autocuidado y de modos de vida saludables.

Cualquier instrumento de medición de carga de trabajo que pretenda ser válido debe poder capturar, en alguna medida, estas tres categorías de actividad, y no limitarse exclusivamente a la asistencia directa más visible.

Sistemas de Clasificación de Pacientes (SCP)

Los Sistemas de Clasificación de Pacientes (SCP) constituyen el primer eslabón metodológico para una dotación de personal técnicamente fundamentada: agrupan a los pacientes según su nivel de dependencia o complejidad, permitiendo estimar de manera objetiva sus necesidades de cuidado.

Para que un SCP resulte útil en la práctica, debe cumplir determinados requisitos de calidad metodológica: validez (que efectivamente mida lo que pretende medir), fiabilidad (que produzca resultados consistentes entre distintos observadores y en distintos momentos), y factibilidad de aplicación en la rutina asistencial sin consumir un tiempo desproporcionado del propio personal que debe completarlo. Un SCP mal diseñado o aplicado de manera inconsistente puede introducir sesgos sistemáticos en el cálculo posterior de la dotación, subestimando o sobreestimando las necesidades reales del servicio.

Escalas de medición de la carga de trabajo enfermero

Entre los instrumentos disponibles para cuantificar la carga de trabajo enfermero, la literatura reciente se ha concentrado en el Nursing Activities Score (NAS), muy utilizado en cuidados intensivos, y en la Escala de Valoración de Cargas de Trabajo y Tiempos de Enfermería (VACTE©). Gutiérrez-Abarca et al. (2025) aplicaron ambas escalas de forma simultánea en una UCI quirúrgica del País Vasco sobre 1.705 valoraciones diarias y encontraron una carga excesiva para la dotación disponible; los autores advierten que estos instrumentos requieren revisión periódica para mantenerse acordes con la evolución tecnológica y asistencial de las unidades. Su aplicación detallada se desarrolla en el capítulo 20.

Cálculo de la ratio enfermera-paciente

El estudio OPTIRATIO (Fontova-Almató et al., 2026), realizado en un servicio de urgencias, distingue entre la ratio enfermera-paciente planificada, fijada de antemano en la programación, y la ratio operativa, que resulta de asumir la carga asistencial real de un turno concreto. El tiempo de atención aumentó con la edad, la dependencia funcional y el nivel de triaje, por lo que los autores proponen ratios diferenciadas por área en lugar de una ratio única para todo el servicio.

El índice Work Utilization Ratio (WUR) complementa este análisis al relacionar la carga medida con la dotación asignada: en la UCI estudiada por Gutiérrez-Abarca et al. (2025), un NAS por enfermera del 135,23 % evidenció una sobreutilización sostenida del personal, con riesgos para la seguridad del paciente y para la salud del propio equipo.

Dotación de personal y resultados de seguridad del paciente

La evidencia revisada en los apartados anteriores converge en una misma conclusión: la dotación de personal no es una variable neutra respecto de los resultados clínicos.

Cabrera-Ku et al. (2024) documentan de manera específica que ajustar la dotación según la gravedad del paciente contribuye a disminuir las infecciones asociadas a la atención en salud, mientras que Gutiérrez-Abarca et al. (2025) muestran que el volumen y el flujo de pacientes influyen directamente sobre la carga de trabajo enfermero real, independientemente de la dotación nominal asignada al servicio.

Esta última observación es particularmente relevante para la gestión práctica: dos turnos con idéntica dotación de personal pueden presentar cargas de trabajo enfermero radicalmente distintas si el volumen o la complejidad de los pacientes ingresados varía de manera significativa entre

ambos, lo que exige mecanismos de ajuste dinámico de la dotación, y no únicamente escalas fijas planificadas con semanas de anticipación.

Diseño de escalas y turnos

Más allá del número de personas dotadas, la forma en que se organiza su tiempo de trabajo, la escala de turnos, constituye una decisión de gestión con efectos propios sobre la calidad del cuidado y el bienestar del personal. La distinción básica opone los turnos fijos, en los que el personal mantiene establemente el mismo horario, a los turnos rotativos, en los que el personal alterna periódicamente entre turnos de mañana, tarde y noche. Dentro de los turnos rotativos, la literatura reciente ha prestado especial atención a la comparación entre jornadas de 12 horas y jornadas de 7-8 horas. Sánchez Onrubia et al. (2025), en un estudio observacional transversal realizado en el personal de enfermería de un servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel, con dos momentos de recogida de datos (febrero y octubre de 2023), encontraron que el personal de enfermería de urgencias prefiere los turnos de 12 horas frente a turnos más cortos, ya que facilitan la conciliación laboral y familiar, sin que ello afectara negativamente, en su estudio, a la calidad del sueño, el nivel de burnout o la satisfacción laboral general del personal.

Este hallazgo, sin embargo, debe interpretarse con cautela y no generalizarse de manera automática a cualquier contexto: la literatura sobre cronobiología advierte que el trabajo nocturno y la inversión del ciclo de sueño, con independencia de la duración exacta del turno, generan privación crónica de sueño, fatiga y un mayor riesgo cardio metabólico y afectivo en el personal expuesto de manera sostenida.

El diseño de una escala de turnos técnicamente adecuado debe, por tanto, considerar simultáneamente la preferencia y conciliación del personal, la cobertura asistencial necesaria según la carga de trabajo estimada mediante las escalas descritas en el apartado 3.4, y las medidas de mitigación de la fatiga y la privación de sueño propias del trabajo nocturno y rotativo.

Dotación de personal, burnout y ausentismo laboral

La sobrecarga sostenida de trabajo, derivada de una dotación de personal insuficiente o mal distribuida, constituye uno de los factores de riesgo más consistentemente documentados para el desarrollo del síndrome de agotamiento profesional entre el personal de enfermería.

Este síndrome, caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y una percepción disminuida de realización personal en el trabajo, no solo afecta la calidad de vida del profesional, sino que se asocia con un mayor riesgo de ausentismo laboral, rotación de personal, y , cerrando

un círculo particularmente problemático, con un deterioro adicional de la dotación efectivamente disponible en el servicio, que agrava la sobrecarga sobre el personal restante.

Romper este círculo exige que la enfermera gestora conciba la dotación de personal no solo como un cálculo técnico realizado una vez al año, sino como una variable de monitoreo continuo, sensible a los indicadores de carga de trabajo, ausentismo y rotación desarrollados en este capítulo.

Aplicación al contexto ecuatoriano y latinoamericano

Las instituciones públicas de salud del Ecuador y de la región enfrentan, de manera frecuente, una combinación particularmente exigente de los desafíos desarrollados en este capítulo: restricciones presupuestarias que limitan la posibilidad de ampliar la dotación nominal de personal, sistemas de clasificación de pacientes poco estandarizados o inexistentes en muchos servicios, y una fuerte dependencia de turnos rotativos y de 12 horas como estrategia para cubrir la demanda asistencial con recursos humanos limitados.

Esta combinación exige que la enfermera gestora en la región desarrolle una capacidad particular: la de argumentar técnicamente, con instrumentos como los descritos en este capítulo (SCP, NAS, VACTE, ratio planificada versus operativa), la necesidad de ajustes de dotación ante las instancias directivas de la institución, en lugar de limitarse a gestionar como pueda la escasez de personal existente sin cuestionar sus criterios de asignación.

Avanzar hacia una cultura organizacional de dotación segura en la región supone, en consecuencia, superar la lógica de ratios fijos heredada de la administración clásica desarrollada en el Cap. 3 de esta obra, e incorporar de manera sistemática los sistemas de clasificación de pacientes y las escalas de medición de carga de trabajo como herramientas habituales de gestión, y no como recursos excepcionales reservados a unidades de alta complejidad en hospitales de referencia.

Síntesis

La dotación de personal de enfermería es, de las cuatro funciones administrativas desarrolladas en el Cap. 5, una de las que exige mayor rigor técnico en su ejecución: no basta con aplicar ratios fijos genéricos, sino que es necesario emplear sistemas de clasificación de pacientes y escalas de medición de carga de trabajo (NAS, VACTE) que permitan estimar con precisión las necesidades reales de cada servicio, distinguiendo entre la ratio planificada y la ratio operativa efectivamente asumida.

La evidencia reciente confirma que una dotación técnicamente fundamentada mejora la seguridad del paciente, previene infecciones asociadas a la atención en salud, y protege al personal de enfermería del síndrome de agotamiento profesional, mientras que el diseño de las escalas de turnos

debe equilibrar la cobertura asistencial necesaria con la conciliación y el bienestar del equipo, sin ignorar la evidencia sobre cronobiología y fatiga asociada al trabajo nocturno y rotativo.

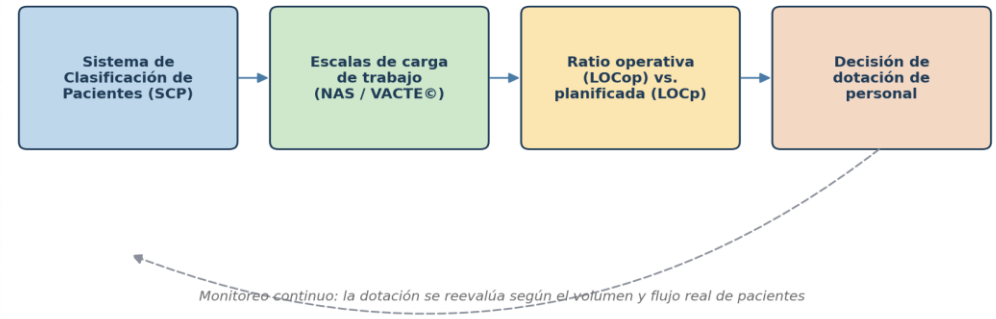


Figura 19. Del sistema de clasificación de pacientes a la dotación de personal

Nota: La clasificación de pacientes solo resulta útil para planificar dotaciones cuando sus categorías se traducen en estimaciones de demanda asistencial. Su aplicación exige verificar la carga real de trabajo, la composición de competencias del equipo y las variaciones que ocurren entre turnos.

Fuente:

La figura permite interpretar el contenido de la siguiente manera: el esquema conecta la valoración de la complejidad de los pacientes con las decisiones de dotación. Esta relación obliga a considerar carga de trabajo y competencias requeridas, pues una asignación basada únicamente en el número de camas puede ocultar necesidades asistenciales diferentes.

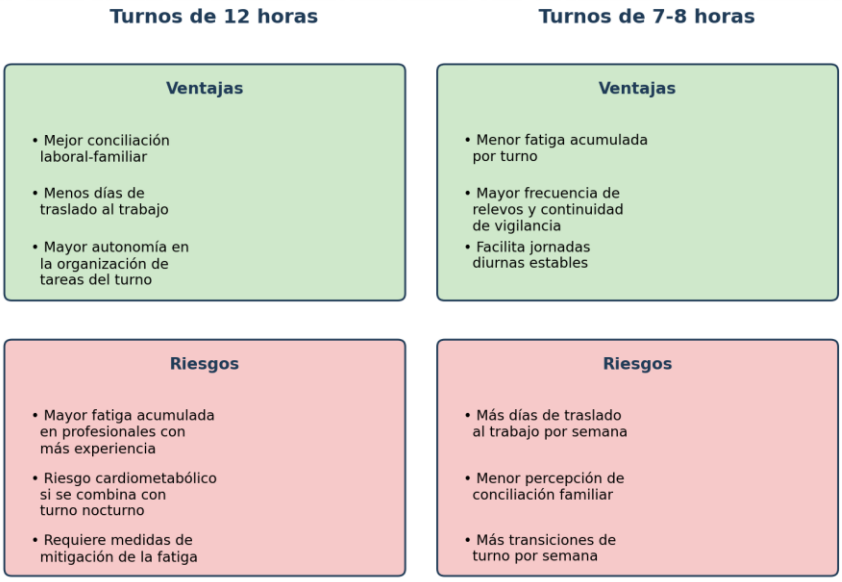


Figura 20. **Turnos** de 12 horas frente a turnos de 7-8 horas: balance de evidencia

Fuente: Elaboración propia

Tres metodologías de aprendizaje para los estudiantes

Dada la naturaleza eminentemente técnica y cuantitativa de este capítulo, se proponen tres metodologías de aprendizaje complementarias, cada una orientada a un tipo distinto de competencia: el cálculo técnico, la toma de decisiones bajo incertidumbre, y el análisis crítico de evidencia publicada.

Metodología 1. Aprendizaje Basado en Problemas (ABP): cálculo de dotación a partir de un caso real. Enfoque: resolución de problemas cuantitativos · Duración estimada: 2 sesiones de 60-90 minutos

Se presenta a los estudiantes, organizados en grupos de 3-4 integrantes, un caso simulado con datos concretos de un servicio (número de camas, distribución de pacientes por nivel de dependencia, personal disponible por turno).

Cada grupo debe: (1) clasificar a los pacientes del caso según un SCP simplificado proporcionado por el docente; (2) aplicar una versión simplificada de una escala de carga de trabajo (adaptada del NAS o de VACTE) para estimar el tiempo de cuidado requerido; (3) calcular la ratio enfermera-paciente operativa resultante y compararla con la ratio planificada del caso; y (4) formular una recomendación técnica de ajuste de dotación, redactada como si se dirigiera a la dirección de enfermería de la institución. Esta metodología prioriza la aplicación práctica de fórmulas y conceptos sobre la memorización teórica, y culmina con la entrega de un informe técnico breve que simula un documento real de gestión.

Metodología 2. Simulación de una reunión de programación de turnos

Enfoque: toma de decisiones y negociación · Duración estimada: 90 minutos

El curso se organiza en pequeños grupos que representan distintos roles dentro de una reunión de programación de turnos de un servicio de enfermería: la enfermera coordinadora (que debe garantizar la cobertura asistencial), un representante del personal que prefiere turnos de 12 horas por motivos de conciliación familiar, un representante del personal preocupado por la fatiga y el riesgo de burnout asociado a los turnos largos, y un representante de la dirección institucional enfocado en el control de horas extra y costos.

A partir de la evidencia revisada en el capítulo (especialmente Sánchez Onrubia et al., 2025, y la literatura sobre cronobiología), cada rol debe argumentar su posición, y el grupo en su conjunto debe llegar a una propuesta de escala de turnos consensuada que registre explícitamente los criterios técnicos y humanos considerados. Esta metodología prioriza el desarrollo de competencias

de negociación y toma de decisiones bajo objetivos institucionales en tensión, más allá del cálculo técnico trabajado en la primera metodología.

Metodología 3. Análisis crítico de evidencia publicada (lectura crítica guiada)

Enfoque: pensamiento crítico y alfabetización científica · Duración estimada: 60 minutos + trabajo autónomo

Se asigna a cada estudiante, o a parejas, uno de los estudios centrales del capítulo (Fontova-Almató et al., 2026; Gutiérrez-Abarca et al., 2025; Cabrera-Ku et al., 2024; Sánchez Onrubia et al., 2025), con una guía de lectura crítica estructurada que solicita identificar: el problema de investigación, el instrumento de medición utilizado, el principal hallazgo cuantitativo, una limitación metodológica explícita o inferida del estudio, y una implicación práctica concreta para la gestión de un servicio de enfermería.

Los resultados se comparten en un foro o plenaria breve, permitiendo que el curso en su conjunto construya una visión panorámica de la evidencia disponible sobre dotación de personal sin que cada estudiante deba leer la totalidad de los estudios. Esta metodología prioriza la alfabetización científica y la capacidad de traducir hallazgos de investigación en decisiones de gestión aplicadas.

Recomendación de secuenciación: se sugiere aplicar las tres metodologías de manera secuencial dentro del desarrollo del capítulo, primero el cálculo técnico (Metodología 1), después la simulación de toma de decisiones (Metodología 2), y finalmente el análisis crítico de evidencia (Metodología 3), de modo que el estudiantado primero domine el instrumento técnico, luego lo aplique en un contexto de decisión institucional realista, y finalmente lo sitúe frente a la evidencia científica que sustenta su uso.

CAPÍTULO 11. RECLUTAMIENTO, SELECCIÓN, INDUCCIÓN Y DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO EN ENFERMERÍA

De la vacante al desarrollo profesional continuo

Competencias

1. Diferenciar los conceptos de reclutamiento, selección e inducción de personal en enfermería.
2. Explicar los criterios técnicos para elaborar el perfil de un puesto de enfermería.
3. Aplicar técnicas de entrevista por competencias a un proceso simulado de selección de personal.
4. Diseñar un programa de inducción para personal de enfermería de nuevo ingreso.
5. Analizar la relación entre formación continua y calidad del cuidado.
6. Explicar el rol de la mentoría y la preceptoría en la retención del talento humano en enfermería.
7. Relacionar la evaluación de desempeño con el desarrollo profesional continuo del personal.
8. Valorar los desafíos de reclutamiento, selección y desarrollo del talento humano en el contexto ecuatoriano y latinoamericano.

Introducción

Contar con la dotación de personal técnicamente correcta —como se desarrolló en el Cap. 10— es una condición necesaria pero no suficiente para la calidad del cuidado: además de saber cuántas personas se necesitan, una institución de salud debe ser capaz de atraer, seleccionar, incorporar y desarrollar a las personas adecuadas a lo largo de toda su trayectoria profesional.

Este capítulo recibe, por ello, un tratamiento extendido: recorre el ciclo completo de gestión del talento humano de enfermería, desde el reclutamiento inicial de un candidato hasta su desarrollo profesional continuo dentro de la institución, pasando por la selección técnica, la inducción del personal de nuevo ingreso, la mentoría y preceptoría, la formación continua y la evaluación de desempeño.

La tesis que atraviesa el capítulo es que estos procesos no deben concebirse como etapas aisladas y sucesivas que terminan una vez que la persona firma su contrato, sino como un ciclo continuo en el que cada etapa retroalimenta a las demás: una selección deficiente sobrecarga el proceso de inducción; una inducción deficiente prolonga la curva de aprendizaje y afecta la retención; y la

ausencia de formación continua y de planes de carrera erosiona, con el tiempoo, la motivación del personal mejor seleccionado e inducido.

Fundamentos de la gestión del talento humano en enfermería

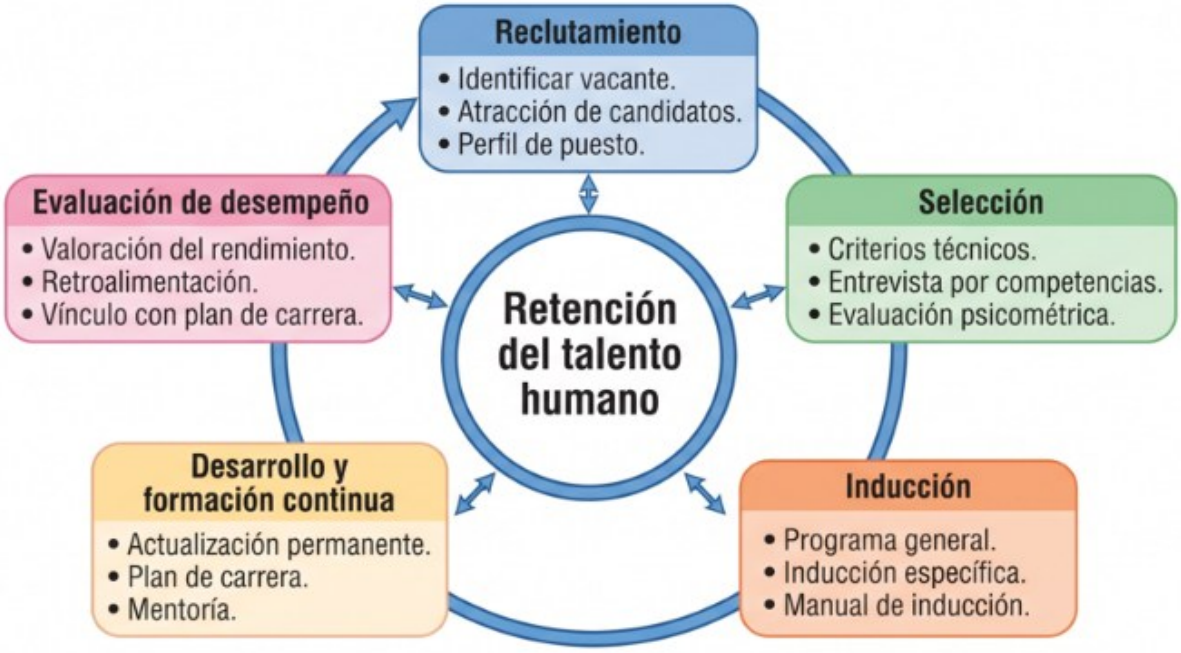


Figura 21. Ciclo continuo de la Gestión de Talento Humano en Enfermería

Fuente: Elaboración propia basada en Piedra Mayorga et al. (2023)

La gestión del talento humano en enfermería abarca, de manera integrada, desde el reclutamiento y la capacitación hasta la motivación y el desarrollo profesional del personal, con el objetivo último de garantizar la calidad y eficiencia de los servicios de salud.

Concebir estos procesos de manera fragmentada, como si el área de recursos humanos se limitara a cubrir vacantes, desconoce su función estratégica: cada decisión de reclutamiento y selección condiciona, meses o años después, la calidad del cuidado que ese profesional podrá ofrecer, así como su propia satisfacción y permanencia en la institución.

Esta mirada integrada retoma directamente la dotación de personal desarrollada en el Cap. 10: allí se estableció cuántas personas se necesitan según la carga de trabajo estimada; este capítulo desarrolla cómo se consigue, incorpora y conserva a esas personas en el tiempo

Reclutamiento de personal de enfermería

El reclutamiento consiste en recopilar los requerimientos laborales de una vacante y atraer a candidatos calificados que puedan contribuir al logro de los objetivos institucionales (Piedra Mayorga et al., 2023). Este proceso puede ser interno, mediante concursos internos, rotación de puestos o evaluaciones del personal ya vinculado a la institución; o externo, mediante anuncios públicos, recomendaciones profesionales, listas de graduados recientes de programas de enfermería, y búsquedas activas en redes profesionales y plataformas digitales.

La elección entre reclutamiento interno y externo no es neutra: el reclutamiento interno favorece la retención y el desarrollo de carrera del personal ya formado en la cultura institucional, mientras que el reclutamiento externo incorpora perspectivas y experiencias nuevas que pueden enriquecer al equipo existente.

Selección de personal

La selección es un proceso de comparación y elección técnica entre los candidatos reclutados, que integra la obtención de datos académicos, psicométricos, culturales y de conocimientos específicos, con el fin de contratar a la persona adecuada de acuerdo con el perfil del puesto, evitando con ello problemas futuros en su desempeño y comportamiento dentro de la organización (Piedra Mayorga et al., 2023).

Una vez determinadas las características del perfil requerido, el siguiente paso consiste en seleccionar al candidato cuyas características se ajusten a lo solicitado, iniciando el proceso de contratación con una entrevista orientada a conocer sus aspiraciones, objetivos, trayectoria laboral y experiencia previa relevante para el puesto ofertado.

La entrevista por competencias constituye, dentro de este proceso, una técnica especialmente valiosa para enfermería: en lugar de preguntas genéricas sobre fortalezas y debilidades, indaga comportamientos concretos del pasado profesional del candidato ('Cuénteme una situación en la que tuvo que gestionar un conflicto con un colega durante un turno de alta carga asistencial') como predictor más confiable de su comportamiento futuro que las respuestas puramente hipotéticas.

Esta técnica se articula naturalmente con las competencias de liderazgo y organización del trabajo asistencial desarrolladas en el Cap. 7 de esta obra, que pueden explorarse directamente durante la entrevista de selección.

Procesos de selección en el sector público de salud

En las instituciones públicas de salud, el proceso de selección adopta con frecuencia la forma de concursos de méritos y oposición, mecanismos reglados que evalúan de manera combinada la trayectoria académica y laboral previa del candidato (méritos) y su desempeño en pruebas específicas de conocimiento o competencia (oposición).

Este mecanismo busca garantizar principios de transparencia, mérito e igualdad de oportunidades en el acceso al empleo público, pero introduce también rigideces procedimentales que pueden prolongar considerablemente los tiempos de cobertura de una vacante, en comparación con procesos de selección más ágiles del sector privado.

En el contexto ecuatoriano y latinoamericano, estos procesos conviven con el marco de regulación profesional desarrollado en el Cap. 1 y el Cap. 6 de esta obra: el reconocimiento del rol administrativo dentro del perfil de egreso del profesional de enfermería (Cordero Pincay et al., 2024) implica que los propios instrumentos de evaluación de concursos públicos deberían incorporar, de manera creciente, criterios de competencia gerencial y no limitarse a evaluar exclusivamente conocimientos clínicos, particularmente para los cargos de coordinación y jefatura desarrollados en el Cap. 8.

Inducción del personal de nuevo ingreso

La inducción es el proceso mediante el cual un nuevo miembro del personal recibe la orientación general y específica necesaria para comprender su rol y la organización a la que se incorpora.

Una inducción eficaz asegura que el nuevo personal comprenda sus roles específicos y la estructura más amplia de la institución, incluyendo su misión, visión y valores, y sirve además para minimizar la ansiedad natural de los nuevos empleados al proporcionarles un mapa claro de sus expectativas y de cómo su rol se integra en la misión organizacional (Piedra Mayorga et al., 2023).

Conviene distinguir dos niveles complementarios de inducción: la inducción general, que abarca la misión, visión, política de calidad (Cap. 9), estructura organizativa (Cap. 8) y marco legal y deontológico (Cap. 6) de la institución en su conjunto; y la inducción específica al puesto, centrada en los protocolos, sistemas de información y particularidades operativas de la unidad concreta a la que se incorpora el nuevo profesional.

El diseño de un manual de inducción institucional, documento que sistematiza esta información general y específica, permite estandarizar el proceso y reducir su dependencia de la disponibilidad casual de personal experimentado para transmitir esta información de manera informal, aunque su

elaboración enfrenta con frecuencia desafíos prácticos, como la limitada disponibilidad de algunos miembros del personal para colaborar en su construcción y las restricciones de acceso a cierta información institucional crítica



Figura 22. Inducción general y específica, y su articulación con las etapas del ciclo continuo de gestión del talento humano

Fuente: Elaboración propia basada en Piedra Mayorga et al. (2023)

Mentoría y preceptoría en enfermería

Más allá de la inducción formal inicial, la incorporación exitosa de un nuevo profesional de enfermería se beneficia de manera sustancial de relaciones de acompañamiento estructurado — mentoría o preceptoría, entre un profesional experimentado y el nuevo miembro del equipo.

Estas relaciones cumplen una función que trasciende la transmisión de información técnica: ofrecen un espacio de contención emocional durante la etapa de mayor vulnerabilidad profesional, aceleran la curva de aprendizaje del nuevo personal, y ,según documenta la literatura revisada en el apartado 3.7— constituyen un factor asociado a la retención del talento humano en el mediano plazo, en la medida en que el nuevo profesional experimenta un acompañamiento genuino y no una incorporación abrupta y desatendida a su puesto de trabajo.

Formación continua y desarrollo profesional

La formación continua es un eje fundamental en el desarrollo profesional del personal de enfermería (Tibanquiza Nuñez et al., 2025). Estos autores, en una revisión integrativa sobre formación continua de enfermería para mejorar el cuidado de pacientes hospitalizados, confirman que la actualización permanente de conocimientos y habilidades constituye un determinante directo

de la calidad del cuidado brindado, y no un beneficio meramente individual del profesional que la recibe.

En la misma línea, estudios sobre actitudes y necesidades de capacitación del personal de enfermería frente a programas de posgrado concluyen que existe una necesidad concreta de diseñar estrategias formativas flexibles, accesibles y pertinentes, acompañadas de políticas de apoyo financiero e institucional, para fomentar una capacitación efectiva y sostenible del talento humano en salud, más allá de la buena voluntad individual del personal por capacitarse fuera de su horario laboral y sin apoyo institucional.

Un plan de carrera formal traduce esta formación continua en una trayectoria de desarrollo profesional explícita dentro de la institución, vinculando la actualización de competencias con posibilidades reales de promoción hacia cargos de mayor responsabilidad, incluidos los cargos de coordinación y gerencia desarrollados en los Caps. 2, 7 y 8 de esta obra, en lugar de dejar la formación continua desconectada de cualquier consecuencia sobre la trayectoria profesional del personal que invierte tiempo y esfuerzo en capacitarse.

Evaluación de desempeño

La evaluación de desempeño es el proceso sistemático mediante el cual se valora el rendimiento laboral de un profesional en función de criterios previamente establecidos, habitualmente derivados del propio perfil de puesto desarrollado en el apartado 3.2.

Para que esta evaluación cumpla una función formativa y, no únicamente administrativa o punitiva, debe articularse explícitamente con la formación continua y el plan de carrera del profesional evaluado: una evaluación que identifica una brecha de competencia sin ofrecer, a continuación, una ruta formativa concreta para cerrarla pierde gran parte de su valor como herramienta de desarrollo del talento humano.

Sate et al. (2025) confirman, en este sentido, que competencias como la autonomía profesional, la comunicación efectiva y la gestión del entorno laboral constituyen componentes clave que deberían formar parte explícita de cualquier instrumento de evaluación de desempeño orientado al fortalecimiento del liderazgo de enfermería en la organización asistencial.

Aplicación al contexto ecuatoriano y latinoamericano

Las instituciones públicas de salud de la región enfrentan desafíos particulares en cada una de las etapas desarrolladas en este capítulo: procesos de reclutamiento y selección con tiempos de tramitación prolongados por la naturaleza reglada de los concursos públicos; programas de

inducción heterogéneos y frecuentemente informales, dependientes de la buena voluntad del personal existente más que de manuales institucionales sistematizados; y una oferta de formación continua que, según la evidencia revisada, requiere de políticas explícitas de apoyo financiero e institucional para ser efectiva y sostenible, y no solo de la disposición individual del personal de enfermería a capacitarse por cuenta propia.

El reconocimiento explícito del rol administrativo y de las competencias de liderazgo dentro del perfil de egreso del profesional de enfermería ecuatoriano (Cordero Pincay et al., 2024; Sate et al., 2025) ofrece, sin embargo, una base curricular sobre la cual construir procesos de selección, inducción y desarrollo profesional más sofisticados que los heredados de una lógica puramente administrativa de cobertura de vacantes, siempre que las instituciones de la región inviertan en traducir ese reconocimiento formal en instrumentos concretos de gestión del talento humano.

Síntesis del capítulo

El reclutamiento, la selección, la inducción y el desarrollo del talento humano en enfermería constituyen un ciclo continuo, y no una sucesión de trámites administrativos independientes: el perfil de puesto definido durante el reclutamiento condiciona la selección; la calidad de la selección condiciona la facilidad de la inducción; la inducción y la mentoría condicionan la retención; y la formación continua y la evaluación de desempeño determinan si ese talento humano, ya incorporado y retenido, continúa desarrollándose profesionalmente dentro de la institución o estanca su trayectoria.

La evidencia reciente confirma que invertir en cada una de estas etapas con criterio técnico, perfiles de puesto precisos, entrevistas por competencias, manuales de inducción sistematizados, programas de mentoría y políticas institucionales de formación continua, constituye una condición indispensable para sostener, en el tiempo, la calidad del cuidado que la dotación de personal desarrollada en el Cap. 10 hace posible en términos cuantitativos.

6. Actividades sugeridas para estudiantes

Actividad 1. Elaboración de un perfil de puesto y guion de entrevista por competencias

Modalidad: grupal (3-4 integrantes), evaluable · Duración estimada: 90 minutos

Cada grupo elabora el perfil de puesto de un cargo específico de enfermería (por ejemplo, enfermera de cuidados intensivos, enfermera de atención primaria o coordinadora de unidad), especificando funciones, requisitos académicos y al menos cinco competencias clave. A partir de ese perfil, el grupo redacta un guion de entrevista por competencias con al menos cinco preguntas

orientadas a indagar comportamientos pasados relacionados con esas competencias, evitando preguntas hipotéticas o genéricas.

Actividad 2. Simulación de una entrevista de selección por competencias

Modalidad: parejas o tríos (entrevistador/a, candidato/a, observador/a) · Duración estimada: 60 minutos

A partir del guion elaborado en la Actividad 1 (o uno proporcionado por el docente), los estudiantes rotan por los tres roles de una simulación de entrevista: quien entrevista, quien es entrevistado (interpretando a un candidato con fortalezas y áreas de mejora definidas en una tarjeta de rol), y quien observa y retroalimenta la calidad de las preguntas formuladas y de las respuestas ofrecidas, utilizando una breve rúbrica de observación centrada en si las preguntas efectivamente indagan comportamientos concretos del pasado profesional.

CAPÍTULO 12. DIRECCIÓN DE EQUIPOS DE ENFERMERÍA

Motivación, delegación y toma de decisiones

Competencias

1. Diferenciar la motivación intrínseca y extrínseca aplicadas al equipo de enfermería.
2. Explicar los principales modelos teóricos de motivación laboral aplicados a la práctica de enfermería.
3. Aplicar los principios y los "cinco derechos" de la delegación segura a un caso de enfermería.
4. Analizar el marco ético y legal de la delegación de funciones en enfermería.
5. Explicar los modelos y etapas de la toma de decisiones clínicas en enfermería.
6. Identificar los factores que facilitan y dificultan una toma de decisiones clínica eficaz.
7. Relacionar el liderazgo transformacional desarrollado en el Cap. 7 con la dirección cotidiana de equipos.
8. Valorar la dirección de equipos como una función que integra motivación, delegación y decisión de manera simultánea.

Introducción

El Cap. 7 desarrolló el marco teórico del liderazgo en enfermería: sus estilos, sus componentes transformacionales, y la evidencia sobre su impacto en la calidad del cuidado.

Sin embargo, liderar un equipo de enfermería no es un ejercicio abstracto: se traduce, turno tras turno, en tres tipos concretos de decisiones que la enfermera que dirige debe tomar de manera prácticamente simultánea: cómo mantener motivado a su equipo en condiciones de trabajo frecuentemente exigentes; qué actividades puede delegar de manera segura en otros miembros del equipo, y a quién; y cómo tomar decisiones clínicas y administrativas acertadas bajo presión de tiempo y con información incompleta.

Este capítulo, extendido dado el peso práctico de su contenido, desarrolla cada una de estas tres herramientas con evidencia actualizada.

El hilo conductor del capítulo es que motivar, delegar y decidir no son funciones independientes entre sí: un equipo desmotivado recibe peor una delegación, por más técnicamente correcta que sea; una delegación mal ejecutada sobrecarga la capacidad de decisión del líder, que termina absorbiendo tareas que debería haber distribuido; y una toma de decisiones apresurada, sin apoyo

del equipo, erosiona con el tiempo la motivación y la confianza que el liderazgo transformacional busca construir.

La dirección como función administrativa aplicada

La dirección, definida en el Cap. 5 como la función que orienta, motiva y conduce al equipo humano hacia el cumplimiento de los objetivos institucionales, se despliega en la práctica cotidiana de un servicio de enfermería a través de tres componentes que este capítulo desarrolla en profundidad: motivar al equipo para sostener su desempeño y bienestar; delegar funciones de manera segura para optimizar el uso del tiempo y las competencias disponibles; y decidir, con frecuencia bajo presión, ante situaciones clínicas y organizativas que no admiten demora.

Los tres componentes se ejercen de manera simultánea y no secuencial: en un mismo turno, la enfermera que dirige puede estar motivando a un miembro del equipo, delegando una tarea a otro, y decidiendo sobre la atención de un tercer paciente, todo dentro de una misma hora de trabajo.

Fundamentos teóricos de la motivación laboral

La motivación es un estado interno que genera comportamientos que desencadenan en acciones orientadas al logro de una meta específica. Conviene distinguir la motivación intrínseca, que surge del interés y la satisfacción que una persona encuentra en la actividad misma que realiza, de la motivación extrínseca, que depende de factores externos como el salario, el reconocimiento formal o las condiciones laborales.

Entre los elementos que sostienen la motivación se cuentan la confianza, el optimismo, la tenacidad, el entusiasmo y la resistencia frente a la adversidad, aunque la manera en que cada persona moviliza estos recursos varía considerablemente de un individuo a otro, lo que exige a quien dirige un equipo evitar estrategias motivacionales uniformes que ignoren esta variabilidad individual.

Motivación y desempeño en el equipo de enfermería

Zeballos González (2025), en un estudio observacional realizado en dos hospitales de tercer y cuarto nivel de complejidad en Paraguay, encontró una asociación estadísticamente significativa entre los factores motivacionales y el desempeño laboral del personal de enfermería, con un predominio del nivel alto de desempeño entre los profesionales estudiados.

El autor concluye que la motivación representa un factor protector tanto para el profesional de enfermería como para el paciente bajo su cuidado, particularmente relevante en tareas que, por su

naturaleza repetitiva, pueden derivar en monotonía y pérdida de interés si no se gestionan activamente desde la dirección del servicio.

Estudios complementarios en la región recomiendan fortalecer programas de reconocimiento y mejora de las condiciones laborales para estimular la motivación extrínseca, e implementar oportunidades concretas de desarrollo profesional y de participación en la toma de decisiones como estrategias para fortalecer la motivación intrínseca del personal.

Esta última recomendación conecta directamente con los dos apartados siguientes de este capítulo: ofrecer al personal oportunidades reales de asumir responsabilidades delegadas, y de participar en decisiones clínicas y organizativas, no es solo una estrategia de eficiencia operativa, sino también una estrategia de motivación intrínseca del equipo.

Fundamentos de la delegación en enfermería

La delegación es el proceso mediante el cual un profesional de enfermería autoriza a otra persona competente, un auxiliar o técnico en cuidados de enfermería, u otro miembro del equipo a realizar una actividad específica de cuidado que se encuentra más allá del rol tradicional del delegado, conservando siempre la responsabilidad general de ese cuidado.

Este último punto es crucial: la rendición de cuentas no se transfiere junto con la tarea delegada, sino que permanece en la enfermera que delega, quien debe responder por su decisión de delegar, por haber verificado la competencia del delegado, y por la supervisión ejercida durante la ejecución de la tarea.

Un marco de referencia ampliamente utilizado para evaluar si una delegación es segura son los cinco “derechos” de la delegación: la tarea correcta (¿es delegable según la normativa y el ámbito de práctica del delegado?), la circunstancia correcta (¿el contexto específico del paciente permite esa delegación en este momento?), la persona correcta (¿el delegado cuenta con la preparación y competencia validada para la tarea?), la dirección o comunicación correcta (¿las instrucciones transmitidas son claras y específicas?), y la supervisión o evaluación correcta (¿existe un mecanismo de seguimiento y retroalimentación sobre lo delegado?). Cabe destacar que el juicio clínico de enfermería y cualquier actividad que implique toma de decisiones críticas no son delegables en ninguna circunstancia: solo se delegan tareas y procedimientos específicos, nunca el razonamiento clínico que sustenta el plan de cuidados.

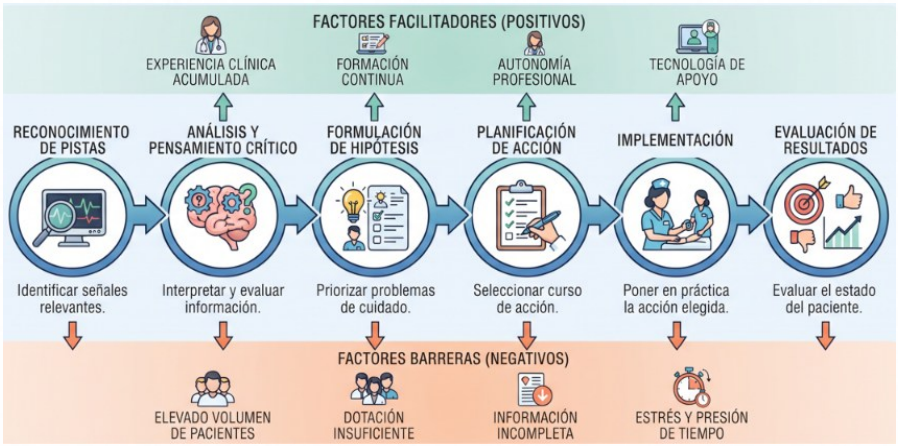


Figura 23. Modelo de etapas de la toma de decisiones clínicas y factores modulares

Fuente: Elaboración propia con base a Saharuddin et al. (2025)

Marco ético y legal de la delegación

García Uribe et al. (2025), en un análisis sobre los aspectos éticos y legales de la administración segura de medicamentos y su delegación en el contexto colombiano, advierten que los eventos adversos relacionados con la administración de fármacos continúan siendo un problema relevante para los sistemas de salud, y sitúan a la delegación de esta actividad crítica como un punto especialmente sensible de la práctica profesional de enfermería.

Los autores reflexionan sobre la necesidad de que la delegación de la administración de medicamentos se sustente en protocolos institucionales claros, en la verificación explícita de la competencia del personal delegado, y en mecanismos de supervisión efectivos, en línea directa con el marco de los cinco derechos desarrollado en el apartado anterior.

Esta evidencia confirma que la delegación no es un asunto meramente organizativo de reparto de tareas, sino una decisión con implicaciones éticas y legales directas: cuando una delegación resulta en un evento adverso para el paciente, la responsabilidad de la enfermera delegante, haber evaluado correctamente los cinco derechos antes de delegar, se convierte en un elemento central del análisis de responsabilidad profesional desarrollado.

Fundamentos de la toma de decisiones clínicas

Saharuddin et al. (2025), en una síntesis de revisión sistemática sobre la toma de decisiones clínicas de enfermería en servicios de urgencias, identifican seis temas centrales que estructuran este proceso: reconocer pistas relevantes en la presentación del paciente, analizar esas pistas mediante

pensamiento crítico, priorizar hipótesis diagnósticas o de cuidado, formular soluciones posibles, poner en práctica la acción elegida, y evaluar los resultados obtenidos.

Los autores destacan que el análisis de pistas resulta más preciso cuando se realiza considerando más de una posible causa simultáneamente, y que el apoyo tecnológico, como los sistemas de apoyo a la decisión clínica (CDSS), puede acelerar y mejorar la calidad de este proceso, sin sustituir el juicio clínico del profesional.

El pensamiento crítico y el juicio clínico constituyen, en este marco, las competencias transversales que permiten transitar de una pista aislada a una decisión de cuidado fundamentada: el pensamiento crítico aporta el proceso de razonamiento reflexivo (interpretar, analizar, evaluar, inferir), mientras que el juicio clínico constituye la conclusión razonada a la que ese proceso conduce en un caso concreto.

Factores que influyen en la toma de decisiones clínicas

La calidad de la toma de decisiones clínicas no depende únicamente de las competencias individuales del profesional, sino también de condiciones organizativas que la facilitan o la dificultan. Entre los factores facilitadores, la evidencia revisada identifica la experiencia clínica acumulada, la formación continua desarrollada en el Cap. 11 de esta obra, la autonomía profesional, y el uso de tecnologías de apoyo a la decisión.

Entre las barreras más consistentemente documentadas se encuentran el elevado volumen de pacientes, la dotación de personal insuficiente desarrollada en el Cap. 10, la información incompleta sobre el estado inicial del paciente, y la limitada formación académica específica para la toma de decisiones bajo presión.

Esta evidencia confirma, una vez más, la interdependencia entre los capítulos de esta obra: una dirección eficaz de equipos de enfermería no puede compensar, únicamente con motivación y buena voluntad individual, las limitaciones estructurales derivadas de una dotación de personal insuficiente.



Figura 24. Modelo integrado de dirección: motivar, delegar y decidir

Fuente: Creación propia con base a Zeballos González (2025),

Aplicación al contexto ecuatoriano y latinoamericano

La evidencia regional revisada en este capítulo, el estudio paraguayo sobre motivación y desempeño (Zeballos González, 2025), el análisis colombiano sobre delegación segura de medicamentos (García Uribe et al., 2025), confirma que los desafíos de motivar, delegar y decidir no son ajenos a la realidad latinoamericana, sino que se documentan de manera creciente en la literatura científica de la región.

Estos desafíos se agudizan en instituciones públicas con recursos limitados, donde la sobrecarga laboral desarrollada en el Cap. 10 erosiona simultáneamente la motivación del personal, la disponibilidad de personal competente hacia quien delegar con seguridad, y el tiempo disponible para una toma de decisiones reflexiva y no meramente reactiva.

Fortalecer la competencia de dirección de equipos en el profesional de enfermería ecuatoriano y latinoamericano exige, en consecuencia, no solo formación en las herramientas técnicas desarrolladas en este capítulo (marcos motivacionales, cinco derechos de la delegación, modelos de decisión clínica), sino también el reconocimiento institucional de que estas herramientas requieren condiciones estructurales mínimas ,dotación adecuada, personal competente disponible, tiempo protegido para decidir, para poder ejercerse con la calidad que la evidencia revisada recomienda.

Síntesis

Dirigir un equipo de enfermería es, en la práctica cotidiana, motivar, delegar y decidir de manera simultánea y articulada.

La motivación, intrínseca y extrínseca, se asocia consistentemente con un mejor desempeño laboral; la delegación, evaluada mediante los cinco derechos de la delegación segura, permite distribuir el trabajo sin transferir la responsabilidad última del cuidado; y la toma de decisiones clínicas, sustentada en pensamiento crítico y juicio clínico, se ve facilitada por la experiencia y la formación continua, pero limitada por la sobrecarga y la dotación insuficiente.

El liderazgo transformacional desarrollado en el Cap. 7 constituye el marco que permite integrar estas tres herramientas en una dirección de equipos coherente y efectiva.

6. Actividades sugeridas para estudiantes

Actividad 1. Diagnóstico y plan de intervención motivacional para un equipo desmotivado

Modalidad: grupal (3-4 integrantes), evaluable · Duración estimada: 90 minutos

Cada grupo recibe la descripción de un equipo de enfermería con signos evidentes de desmotivación (alta rotación, ausentismo, quejas frecuentes). El grupo debe: (1) identificar si predominan factores motivacionales intrínsecos o extrínsecos en las causas descritas; (2) proponer al menos tres estrategias concretas de intervención, diferenciando cuáles atienden la motivación intrínseca y cuáles la extrínseca; y (3) justificar cómo estas estrategias se conectan con el liderazgo transformacional desarrollado en el Cap. 7.

Actividad 2. Aplicación de los cinco derechos de la delegación a un caso clínico

Modalidad: individual o parejas · Duración estimada: 60 minutos

Se entrega un caso breve en el que una enfermera considera delegar una tarea específica (por ejemplo, la administración de un medicamento de baja complejidad, o la toma de signos vitales de un paciente estable) a un auxiliar de enfermería. El/la estudiante debe evaluar explícitamente cada uno de los cinco derechos de la delegación aplicados a ese caso, concluir si la delegación es segura o no, y justificar su respuesta.

Se recomienda incluir al menos un caso en el que la delegación NO sea apropiada, para evitar que el ejercicio se perciba como una aprobación automática de cualquier delegación.

CAPÍTULO 13. GESTIÓN DE CONFLICTOS Y CLIMA LABORAL

Del conflicto gestionado al clima laboral saludable en enfermería

Competencias

1.Diferenciar los tipos de conflicto (intrapersonal, interpersonal, intergrupal) en el contexto de enfermería.
2. Explicar las dimensiones del clima organizacional y su relación con la satisfacción laboral.
3. Analizar la relación entre conflicto, discriminación y violencia laboral en el ejercicio de enfermería.
4. Aplicar estrategias de mediación y negociación a un conflicto simulado en un servicio de enfermería.
5. Identificar mecanismos institucionales de prevención y gestión de conflictos.
6. Relacionar el clima laboral con indicadores de calidad del cuidado, rotación y ausentismo del personal.
7. Explicar el rol de la comunicación asertiva en la prevención de conflictos interpersonales.
8. Valorar la gestión de conflictos y el clima laboral en el contexto ecuatoriano y latinoamericano.

Introducción

Las instituciones hospitalarias son espacios sociales heterogéneos en los que interaccionan cotidianamente profesionales con distintos roles, niveles de autoridad y perspectivas sobre el cuidado, lo que convierte al conflicto en un componente inevitable, y no necesariamente patológico, de la vida organizacional de enfermería. La pregunta relevante para la gestión no es cómo eliminar el conflicto, sino cómo comprenderlo, anticiparlo y canalizarlo de manera que se convierta en una oportunidad de crecimiento del equipo, en lugar de en una fuente sostenida de deterioro del clima laboral.

Este capítulo desarrolla, con el mismo tratamiento denso del resto de la obra, los tipos de conflicto presentes en enfermería, la evidencia sobre su vínculo con la discriminación y la violencia laboral, las estrategias de mediación, negociación y comunicación asertiva disponibles para gestionarlo, y su relación directa con las dimensiones del clima organizacional y la satisfacción laboral del equipo de enfermería.

Fundamentos del conflicto organizacional

El conflicto puede definirse, desde distintas disciplinas, la sociología, la filosofía, la psicología y la administración, como una situación de tensión que surge cuando los intereses, valores o percepciones de dos o más partes resultan incompatibles.

En el trabajo cotidiano de enfermería, esta tensión puede manifestarse en tres niveles distintos: el conflicto intrapersonal, interno al propio profesional (por ejemplo, un dilema ético entre seguir un protocolo estricto y responder a una necesidad singular del paciente); el conflicto interpersonal, entre dos miembros del equipo; y el conflicto intergrupal, entre unidades, turnos o disciplinas que compiten por recursos limitados o por márgenes de autoridad no siempre bien delimitados.

Reconocer en qué nivel se origina un conflicto constituye el primer paso para seleccionar la estrategia de gestión más adecuada, dado que una intervención pensada para un conflicto interpersonal puede resultar insuficiente frente a un conflicto de naturaleza intergrupal.

Conflicto, discriminación y violencia laboral en enfermería

Elizalde Ordoñez et al. (2025), en una aproximación sistemática sobre conflicto y discriminación en el campo de la enfermería que analizó 15 estudios científicos publicados entre 2020 y 2024 siguiendo el protocolo PRISMA, concluyen que la violencia en el ejercicio profesional de enfermería se materializa a través de conflictos laborales, formas de acoso, discusiones, y discriminación expresada mediante estigmatización desde perspectivas de género, sexismo o condición migratoria. Este hallazgo es particularmente relevante porque desplaza la comprensión del conflicto desde un plano meramente interpersonal hacia un plano

estructural: buena parte de los conflictos documentados en la literatura no son desacuerdos puntuales entre colegas, sino expresiones de dinámicas de poder y discriminación más amplias que atraviesan la profesión de enfermería, mayoritariamente feminizada, en distintos contextos socioculturales. porque desplaza la comprensión del conflicto desde un plano meramente interpersonal hacia un plano estructural: buena parte de los conflictos documentados en la literatura no son desacuerdos puntuales entre colegas, sino expresiones de dinámicas de poder y

discriminación más amplias que atraviesan la profesión de enfermería, mayoritariamente feminizada, en distintos contextos socioculturales.

Esta evidencia exige que la gestión de conflictos en enfermería no se limite a técnicas de resolución interpersonal, sino que incorpore explícitamente un componente de vigilancia institucional frente a posibles patrones de acoso o discriminación subyacentes a conflictos aparentemente puntuales, evitando que la búsqueda de una solución rápida invisibilice un problema estructural de mayor alcance.

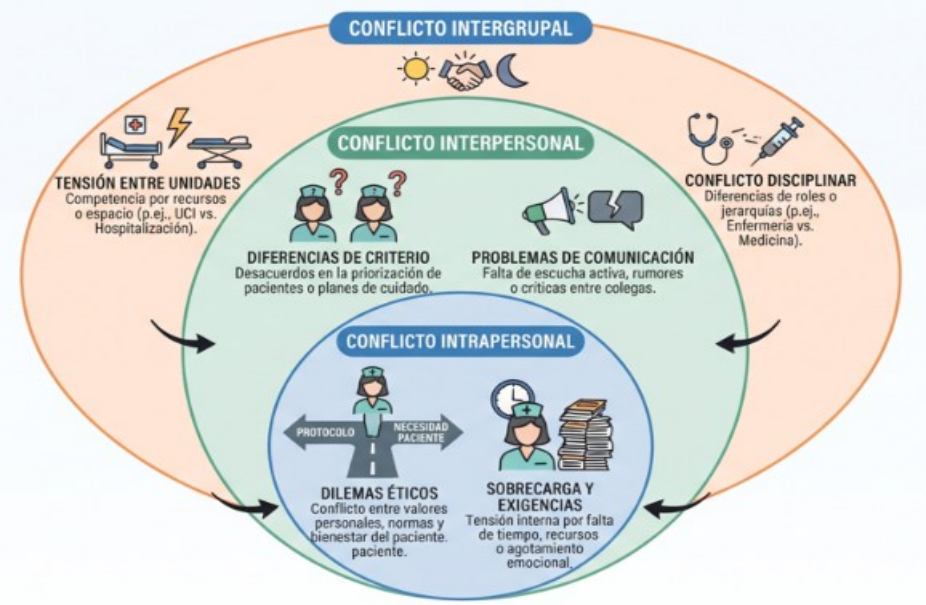


Figura 25. Niveles de conflicto organizacional en enfermería

Fuente: Elaboración propia con base en Elizalde Ordoñez et al. (2025)

Estrategias de gestión de conflictos

Entre las estrategias disponibles para gestionar un conflicto ya manifiesto, la negociación y la mediación ocupan un lugar central: mientras la negociación implica un diálogo directo entre las partes en conflicto orientado a un acuerdo, la mediación incorpora a un tercero imparcial que facilita ese diálogo sin imponer una solución.

Experiencias institucionales recientes en el sector sanitario muestran que estas estrategias, aplicadas de manera sistemática mediante unidades especializadas, pueden gestionar cientos de casos en pocos años, impactando a miles de profesionales, con conflictos predominantemente de tipo interpersonal y grupal, de intensidad media o alta, y frecuentemente cronificados antes de la intervención. Más allá de la resolución de conflictos ya manifiestos, la Provención, estrategia que

combina la prevención con la intervención temprana, busca actuar antes de que un conflicto incipiente escale a fases de mayor intensidad y cronificación.

La misma evidencia institucional citada muestra que la combinación de mediación y prevención contribuye a mejorar el clima laboral, reforzar la cohesión de los equipos, y reducir de manera sostenida los niveles de conflicto dentro de la organización, lo que confirma que la gestión de conflictos y el clima laboral, los dos ejes de este capítulo, no son temas paralelos, sino profundamente interdependientes.

Comunicación asertiva y prevención de conflictos

La comunicación asertiva, un estilo de comunicación que permite expresar opiniones, necesidades y desacuerdos de manera clara, respetuosa y directa, sin caer en la agresividad ni en la pasividad excesiva, constituye una de las competencias preventivas más consistentemente asociadas a un menor nivel de conflictividad interpersonal en los equipos de enfermería.

Investigaciones recientes en contextos hospitalarios de emergencias han estudiado explícitamente la relación entre comunicación asertiva y manejo de conflictos del personal de enfermería, partiendo de la premisa de que buena parte de los conflictos interpersonales documentados en la literatura tienen su origen, o al menos su agravamiento, en fallas de comunicación evitables mediante entrenamiento específico del personal.

Fundamentos del clima organizacional

El clima organizacional se define como la percepción compartida por los miembros de una organización sobre las condiciones psicosociales y relacionales de su entorno de trabajo, con efecto directo sobre la satisfacción y el rendimiento de los individuos.

Chávez Patilongo et al. (2023), en un estudio realizado en el servicio de emergencia de un hospital peruano con 70 profesionales de enfermería, midieron el clima laboral a través de cuatro dimensiones, autorrealización, involucramiento laboral, supervisión-comunicación y condiciones laborales, encontrando un clima laboral medianamente favorable en conjunto (48,57%), con una dimensión de condiciones laborales considerada desfavorable, y una asociación estadísticamente significativa entre el clima laboral general y la satisfacción laboral del personal ($p=0,023$).

Clima laboral y calidad del cuidado

La relación entre clima laboral y calidad del cuidado no se limita al bienestar subjetivo del personal: un clima laboral deteriorado se asocia, de manera consistente en la literatura, con mayor rotación

y ausentismo del personal, lo que a su vez repercute en la dotación efectivamente disponible desarrollada en el Cap. 10 de esta obra.

Fierro et al. (2024), en un estudio sobre el clima laboral del personal de un área de cuidados intermedios neonatales en un hospital pediátrico ecuatoriano, documentan cómo las condiciones específicas de una unidad de alta exigencia emocional y técnica, como el cuidado neonatal intermedio, configuran un clima laboral particular, que exige estrategias de gestión adaptadas a la especificidad de cada servicio, y no un enfoque genérico único aplicado de manera uniforme a toda la institución.

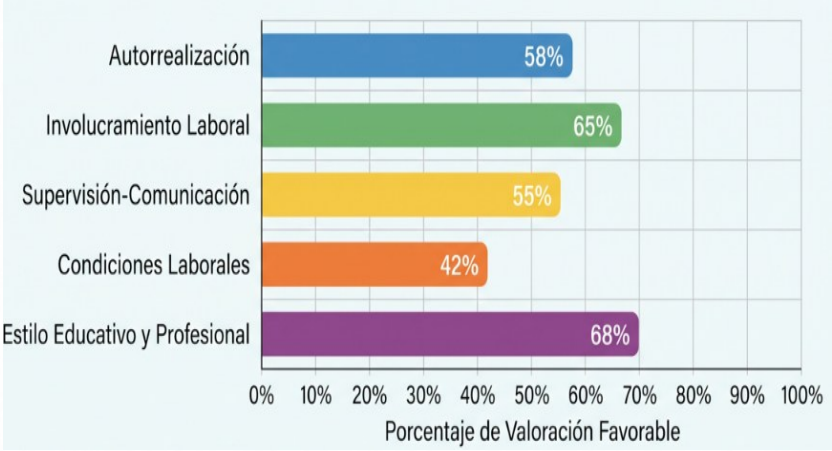


Figura 26. Dimensiones del Clima Laboral n un Servicio de Enfermería

Fuente: Datos ilustrativos basado en estudios de Chávez Patilongo et al. (2023) y Fierro et al. (2024)

Mecanismos institucionales de gestión de conflictos y clima

La instalación de mecanismos institucionales formales, unidades o comisiones de mediación, protocolos de gestión de conflictos, canales de denuncia de acoso o discriminación, traslada la responsabilidad de gestionar el conflicto desde la exclusiva buena voluntad individual de cada jefatura hacia una política institucional explícita y sostenida en el tiempo.

La enfermera gestora cumple, dentro de este marco, un rol de primera línea: es habitualmente quien identifica los primeros signos de un conflicto incipiente en su unidad, quien decide si puede gestionarlo directamente o si amerita derivación a un mecanismo institucional especializado, y quien monitorea el clima laboral de su equipo como un indicador de gestión tan relevante los indicadores clínicos desarrollados en otras secciones de esta obra.

Aplicación al contexto ecuatoriano y latinoamericano

La evidencia ecuatoriana y latinoamericana revisada en este capítulo, el estudio sobre clima laboral en cuidados intermedios neonatales (Fierro et al., 2024) y la revisión sistemática sobre conflicto y discriminación en enfermería con participación de autores ecuatorianos (Elizalde Ordoñez et al., 2025), confirma que estos desafíos no son ajenos a la región, sino que se documentan de manera creciente en unidades de alta exigencia y en el análisis de patrones estructurales de discriminación dentro de la profesión. La región enfrenta, además, el desafío adicional de que muchas instituciones públicas de salud no cuentan todavía con mecanismos formales de mediación equivalentes a los desarrollados en sistemas de salud con mayor institucionalización de estas prácticas, lo que traslada una carga desproporcionada de la gestión de conflictos a la habilidad individual de cada enfermera gestora, sin el respaldo de una política institucional sistemática.

Síntesis

El conflicto es un componente inevitable de la vida organizacional de enfermería, presente en niveles intrapersonal, interpersonal e intergrupal, y frecuentemente vinculado a dinámicas más amplias de discriminación y violencia laboral que exigen una mirada estructural y no solo interpersonal. Las estrategias de negociación, mediación, provención y comunicación asertiva permiten gestionar el conflicto de manera constructiva, mientras que el monitoreo activo de las dimensiones del clima organizacional, autorrealización, involucramiento, supervisión-comunicación y condiciones laborales, constituye un indicador de gestión indispensable, dado su vínculo demostrado con la satisfacción laboral, la rotación del personal y, en última instancia, la calidad del cuidado brindado.

6. Actividades sugeridas para estudiantes

Actividad 1. Clasificación y análisis de casos de conflicto por nivel

Modalidad: grupal (3-4 integrantes) · Duración estimada: 75 minutos

Cada grupo recibe una serie de 4-5 casos breves de conflicto en un servicio de enfermería (por ejemplo: un profesional que enfrenta un dilema ético; dos enfermeras con desacuerdos recurrentes sobre la distribución de tareas; dos turnos que se culpan mutuamente por errores de traspaso de información). El grupo debe clasificar cada caso según su nivel (intrapersonal, interpersonal, intergrupal), identificar si existen indicios de un patrón estructural de discriminación o acoso subyacente, y proponer la estrategia de gestión más adecuada para cada nivel identificado.

Actividad 2. Simulación de mediación de un conflicto interpersonal

Modalidad: tríos (mediador/a, dos partes en conflicto) · Duración estimada: 60 minutos

En grupos de tres, los estudiantes rotan por los roles de mediador/a y de las dos partes en conflicto, a partir de un caso simulado de conflicto interpersonal en un equipo de enfermería (por ejemplo, una diferencia de criterio sobre la prioridad de atención de dos pacientes). Quien ejerce el rol de mediador/a debe aplicar principios básicos de comunicación asertiva y de escucha activa, evitando tomar partido, y guiar a las partes hacia un acuerdo concreto y verificable.

CAPÍTULO 14. COMUNICACIÓN ORGANIZACIONAL Y TRABAJO INTERDISCIPLINARIO

Comunicar para cuidar en equipo

Competencias

1. Diferenciar la comunicación formal e informal, interna y externa, dentro de una organización de salud.
2. Explicar el concepto de práctica colaborativa interprofesional y sus componentes principales.
3. Aplicar la herramienta SBAR a la comunicación de traspaso de turno en un caso de enfermería.
4. Analizar las barreras jerárquicas que dificultan la comunicación interprofesional en salud.
5. Relacionar la comunicación interprofesional con la seguridad del paciente y la reducción de errores clínicos.
6. Explicar el rol de las sesiones clínicas conjuntas en el trabajo interdisciplinario.
7. Identificar estrategias institucionales para mejorar la comunicación organizacional y el trabajo en equipo.
8. Valorar los desafíos de la comunicación organizacional y el trabajo interdisciplinario en el contexto ecuatoriano y latinoamericano.

Introducción

Ningún servicio de enfermería, por bien estructurado y dotado que esté, funciona si la información necesaria para el cuidado no fluye correctamente entre quienes la necesitan, cuando la necesitan. La comunicación organizacional, el conjunto de procesos mediante los cuales se genera, transmite y comparte información dentro de una institución, y el trabajo interdisciplinario, la colaboración estructurada entre profesionales de distintas disciplinas, constituyen, en este sentido, la infraestructura invisible sobre la que se apoyan todas las

funciones administrativas desarrolladas en capítulos anteriores de esta obra: no hay dotación de personal, delegación segura, ni gestión de conflictos posible sin canales de comunicación que efectivamente funcionen.

Este capítulo desarrolla, con el mismo tratamiento denso del resto de la obra, los tipos y funciones de la comunicación organizacional, el concepto de práctica colaborativa interprofesional y la evidencia sobre su impacto en la seguridad del paciente, las herramientas estructuradas de comunicación clínica, en particular el modelo SBAR , y las barreras jerárquicas y culturales que, documentadas de manera consistente en la literatura reciente, todavía dificultan una comunicación La comunicación organizacional puede clasificarse según dos ejes complementarios. El primero distingue la comunicación interna, el flujo de información entre los miembros de una misma institución, de la comunicación externa, dirigida a pacientes, familias u otras instituciones.

El segundo distingue la comunicación formal, que sigue canales y procedimientos oficialmente establecidos (informes de turno, actas de comité, protocolos escritos), de la comunicación informal, que circula de manera espontánea entre los miembros del equipo y que, pese a no ser oficial, con frecuencia determina de manera decisiva el clima laboral desarrollado en el Cap. 13 y la eficacia real con la que se ejecutan las decisiones formales de la organización.

Comunicación interprofesional en salud

La práctica colaborativa interprofesional se define como el proceso en el que diferentes profesionales interactúan Entre las barreras identificadas, los autores destacan que las relaciones interprofesionales entre médicos y enfermeras continúan siendo, en muchos contextos, jerárquicas: las enfermeras son con frecuencia percibidas

Entre las barreras identificadas, los autores destacan que las relaciones interprofesionales entre médicos y enfermeras continúan siendo, en muchos contextos, jerárquicas: las enfermeras son con frecuencia percibidas y en ocasiones se autoperciben, como auxiliares o ejecutoras de las decisiones médicas, mientras que los médicos tienden a percibirse como líderes naturales del equipo, incluso en espacios formalmente diseñados para la colaboración horizontal, como las sesiones clínicas conjuntas. Esta asimetría de poder no es un dato menor: condiciona directamente si la información que enfermería posee sobre el paciente, frecuentemente la más completa y continua, dado el contacto sostenido del cuidado, efectivamente llega a incidir en las decisiones clínicas del equipo. Con metas y objetivos comunes en la toma de decisiones, proporcionando una atención segura y de calidad. Alzate-Moreno et al. (2025), en una revisión sistemática de la

literatura sobre la percepción de enfermeras y médicos acerca de la colaboración interprofesional en las sesiones clínicas de una unidad de cuidados intensivos, identifican cinco categorías centrales en el análisis de esta práctica: el concepto mismo de colaboración interprofesional según cada disciplina, la repercusión que se le atribuye en la práctica clínica, las barreras que la dificultan, el rol percibido por cada profesión, y las estrategias de mejora propuestas tanto por enfermería como por medicina.

Entre las barreras identificadas, los autores destacan que las relaciones interprofesionales entre médicos y enfermeras continúan siendo, en muchos contextos, jerárquicas: las enfermeras son con frecuencia percibidas, y en ocasiones se autoperciben, como auxiliares o ejecutoras de las decisiones médicas, mientras que los médicos tienden a percibirse como líderes naturales del equipo, incluso en espacios formalmente diseñados para la colaboración horizontal, como las sesiones clínicas conjuntas.

Esta asimetría de poder no es un dato menor: condiciona directamente si la información que enfermería posee sobre el paciente, frecuentemente la más completa y continua, dado el contacto sostenido del cuidado, efectivamente llega a incidir en las decisiones clínicas del equipo.

Herramientas estructuradas de comunicación clínica

Frente a estas barreras, la estandarización de la comunicación mediante herramientas estructuradas constituye una de las estrategias más consistentemente respaldadas por la evidencia. El modelo SBAR (Situación, Antecedentes o Background, Evaluación o Assessment, Recomendación) organiza la transmisión de información clínica en cuatro componentes secuenciales, reduciendo la variabilidad y la ambigüedad propias de la comunicación no estructurada, especialmente crítica durante el traspaso de turno, momento en el que se transfiere no solo información, sino la responsabilidad misma del cuidado de un paciente.

Ghonem y El-Husany (2023), en un estudio sobre un programa de capacitación en informes de turno basados en SBAR, encontraron efectos positivos tanto en el conocimiento y la práctica del personal de enfermería como en su percepción sobre la calidad de la comunicación durante el traspaso de turno, confirmando que estas herramientas no son solo un formato de registro, sino que requieren entrenamiento específico para traducirse en una mejora real de la práctica

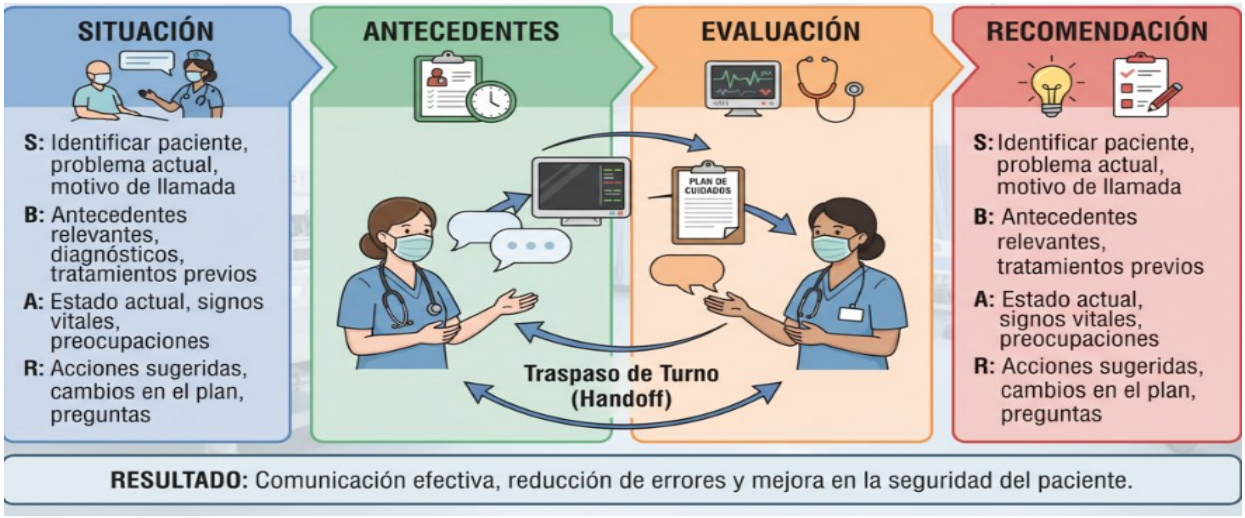


Figura 27. Modelo de comunicación estructurada en el traspaso del turno. SBAR

Nota: La comunicación estructurada durante el traspaso del turno busca reducir omisiones de información relevante. El esquema debe aplicarse con juicio clínico: su valor depende de identificar la situación actual, los antecedentes pertinentes, la valoración y las acciones que requieren continuidad.
Fuente: Elaboración propia con base en Ghonem y El-Husany (2023),

Evidencia sobre comunicación interprofesional y seguridad del paciente

La literatura revisada converge en un hallazgo central: la práctica colaborativa interprofesional mejora la atención al paciente, reduce errores clínicos, disminuye la mortalidad y aumenta la satisfacción tanto del personal sanitario como de los propios pacientes. Sin embargo, Alzate-Moreno et al. (2025) matizan este hallazgo con una advertencia importante: a pesar de que médicos y enfermeras son conscientes de la importancia y repercusión de la práctica colaborativa interprofesional en la atención al paciente crítico, esta no resulta todavía una práctica habitual en la asistencia cotidiana.

Esta brecha entre el reconocimiento teórico del valor de la colaboración y su implementación efectiva constituye, en sí misma, un problema de gestión que la enfermera administradora debe abordar de manera deliberada, y no asumir que se resolverá espontáneamente por el simple reconocimiento de su importancia.

Trabajo interdisciplinario y sesiones clínicas conjuntas

Las sesiones clínicas conjuntas, espacios estructurados en los que profesionales de distintas disciplinas se reúnen para discutir y decidir de manera coordinada sobre el cuidado de uno o varios pacientes, constituyen uno de los mecanismos institucionales más estudiados para operacionalizar el trabajo interdisciplinario.

La evidencia muestra que, entre los factores condicionantes de su efectividad, las enfermeras identifican como una dificultad recurrente la ausencia de una cultura organizacional que sostenga estas sesiones y la falta de una dinámica sistematizada y acordada conjuntamente para su realización, señalando que con frecuencia las dinámicas de la unidad terminan organizándose según los tiempos, objetivos y planes del colectivo médico, sin una negociación real y horizontal del horario y la modalidad de estas sesiones con el equipo de enfermería.

Cultura organizacional y comunicación

La cultura organizacional, el conjunto de valores, creencias y prácticas compartidas que caracterizan el funcionamiento de una institución, condiciona de manera profunda si la comunicación interprofesional prospera o se estanca en buenas intenciones sin traducción práctica. Una cultura organizacional que naturaliza la jerarquía médica como estructura de decisión por defecto reproduce, sesión tras sesión, la misma distribución desigual de saberes, prácticas, competencias y control de los espacios y tiempos institucionales, incluso cuando existe voluntad individual de determinados profesionales por colaborar de manera más horizontal.

Modificar esta cultura exige, por ello, intervenciones a nivel de política institucional protocolos, sesiones sistematizadas, capacitación conjunta, y no únicamente apelaciones al buen criterio individual de médicos y enfermeras.

Comunicación asertiva y escucha activa en el equipo interdisciplinario

La escucha activa, desarrollada en el Cap. 13 como componente de la comunicación asertiva, adquiere en el trabajo interdisciplinario una relevancia particular: fomentar la escucha activa en los profesionales médicos, mejorar la comunicación real por parte de enfermería, y generar un espacio donde impere el respeto y la confianza mutua, constituyen condiciones documentadas para favorecer una dinámica efectivamente colaborativa de trabajo interprofesional, en contraposición a una dinámica meramente formal en la que las partes coexisten en un mismo espacio sin una interacción comunicativa genuina.

Estrategias institucionales para mejorar la comunicación y el trabajo en equipo

Entre las estrategias de mejora documentadas en la literatura se encuentran la capacitación sistemática en herramientas estructuradas de comunicación (SBAR y modelos afines como I-PASS), la institucionalización de espacios regulares y sistematizados de encuentro interdisciplinario , y no solo sesiones ocasionales dependientes de la disponibilidad médica, y el desarrollo de competencias de inteligencia emocional en el liderazgo y el trabajo en equipo de

enfermería, que Escobar Baldeón y Torres Jara (2025) identifican como determinantes de la atención y seguridad del paciente.

Estas estrategias no operan de manera aislada: una herramienta como SBAR resulta más efectiva cuando se implementa dentro de una cultura organizacional que valora la escucha activa entre disciplinas, y una sesión clínica conjunta bien diseñada requiere, a su vez, que sus participantes cuenten con competencias de comunicación e inteligencia emocional desarrolladas previamente.

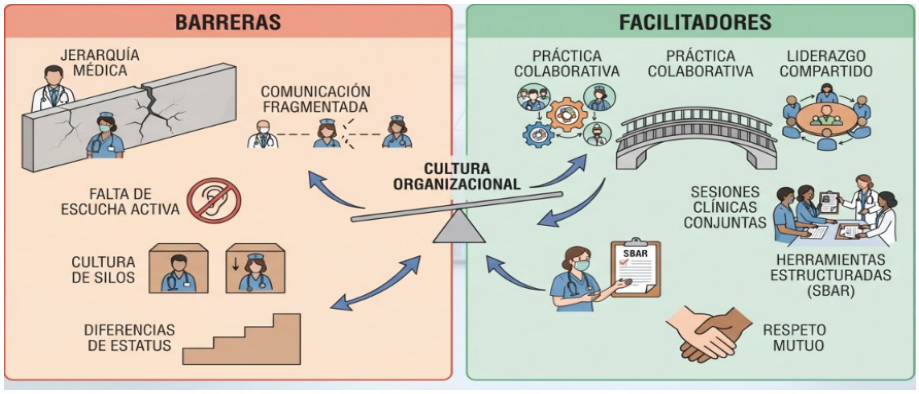


Figura 28. Barreras y facilitadores de la comunicación interprofesional en salud enfoque jeràrgico y cultural

Fuente: Elaboración propia con base a Alzate-Moreno et al. (2025)

1. Aplicación al contexto ecuatoriano y latinoamericano

La evidencia sobre competencias de enfermería en liderazgo y organización del trabajo asistencial confirma que la comunicación efectiva constituye uno de los componentes clave para la gestión de recursos humanos en salud en la región (Sate et al., 2025), lo que sitúa a la comunicación organizacional e interprofesional como un eje formativo prioritario, y no accesorio, para el profesional de enfermería ecuatoriano y latinoamericano.

No obstante, las barreras jerárquicas documentadas en la literatura internacional, la percepción de enfermería como rol auxiliar frente al liderazgo médico, tienden a reproducirse con particular intensidad en sistemas de salud de la región donde la profesionalización del rol administrativo y de liderazgo de enfermería, desarrollada en los Caps. 1 y 7 de esta obra, es todavía un proceso en curso y no un hecho institucionalmente consolidado en todas las instituciones.

Fortalecer el trabajo interdisciplinario en este contexto exige, en consecuencia, una doble estrategia: por un lado, la capacitación técnica en herramientas estructuradas de comunicación como SBAR; por otro, un trabajo institucional más profundo de reconocimiento del rol de enfermería como interlocutor con voz propia y decisoria dentro de los espacios de trabajo interdisciplinario, y no como mero canal de transmisión de información hacia otras disciplinas

consideradas jerárquicamente superiores.

Síntesis

La comunicación organizacional y el trabajo interdisciplinario constituyen la infraestructura invisible sobre la que se sostiene la gestión del cuidado desarrollada a lo largo de esta obra. La evidencia reciente confirma que la práctica colaborativa interprofesional mejora la seguridad del paciente y reduce errores clínicos, pero que su implementación efectiva enfrenta barreras jerárquicas y culturales persistentes que las herramientas estructuradas de comunicación , como el modelo SBAR, y los espacios institucionalizados de encuentro interdisciplinario, como las sesiones clínicas conjuntas, pueden ayudar a superar, siempre que se acompañen de una cultura organizacional que reconozca a la enfermería como interlocutor pleno, y no subordinado, dentro del equipo de salud.

Actividades para estudiantes

Actividad 1. Elaboración y práctica de un reporte SBAR

Modalidad: parejas · Duración estimada: 60 minutos

A partir de un caso clínico breve proporcionado por el docente, cada pareja redacta un reporte de traspaso de turno siguiendo estrictamente la estructura SBAR (Situación, Antecedentes, Evaluación, Recomendación), y luego lo presenta oralmente a otra pareja, que debe formular al menos dos preguntas de clarificación. Se discute en plenaria qué información se habría podido omitir u olvidar de no haber seguido una estructura formal.

CAPÍTULO 15. GESTIÓN DE RECURSOS MATERIALES, INSUMOS Y TECNOLOGÍA SANITARIA

Administrar lo material para sostener el cuidado

Competencias

1.Definir el concepto de gestión de recursos materiales e insumos aplicado a un servicio de enfermería.

2. Explicar el método ABC de clasificación de inventarios y su aplicación práctica.

3. Analizar la relación entre gestión de inventarios y disponibilidad de medicamentos e insumos.

4. Identificar herramientas de mejora de los procesos logísticos hospitalarios.

5. Explicar el ciclo de vida de la tecnología sanitaria: planificación, adquisición, uso, mantenimiento y baja.

6. Diferenciar el mantenimiento preventivo y correctivo de equipos biomédicos.

7. Relacionar la gestión eficiente de recursos materiales con la calidad y seguridad del cuidado.

8 Valorar los desafíos de la gestión de insumos y tecnología sanitaria en el contexto ecuatoriano y latinoamericano.

Introducción

La gestión del cuidado de enfermería, por sofisticada que sea su fundamentación clínica y administrativa, depende en última instancia de una condición material básica: que los insumos, medicamentos y equipos necesarios estén disponibles, en buen estado, en el momento y lugar en que se los requiere.

Esta obviedad aparente esconde una de las áreas de gestión más complejas y con mayor impacto económico dentro de una institución de salud: la logística hospitalaria representa, según estimaciones citadas en la literatura reciente, hasta la mitad de los costos totales de la atención en

salud, y las fallas en la disponibilidad de insumos y medicamentos continúan siendo una causa documentada de interrupción de tratamientos esenciales en poblaciones vulnerables de la región.

Este capítulo desarrolla, con el mismo tratamiento denso del resto de la obra, los fundamentos de la gestión de recursos materiales e insumos, las herramientas técnicas de gestión de inventarios ,incluido el método ABCde clasificación, la cadena de suministro y la logística hospitalaria, la evidencia reciente sobre su relación con la disponibilidad efectiva de medicamentos, y el ciclo de vida completo de la tecnología sanitaria, desde su planificación hasta su baja o reemplazo, incluyendo el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos biomédicos.

Los recursos materiales de un servicio de enfermería comprenden un universo heterogéneo de bienes: desde el mobiliario clínico y las camas hasta los insumos de consumo diario, pasando por los equipos biomédicos de mediana y alta complejidad. Gestionar estos recursos implica mucho más que solicitar reposiciones cuando algo se agota: exige planificación anticipada, control de gastos mensuales, comparación entre el consumo previsto y el consumo real para identificar desviaciones, y coordinación constante con los servicios médicos y con la dirección de gestión de la institución.

La jefatura de enfermería de cada unidad cumple, en este sentido, un rol de primera línea: es quien mejor conoce las necesidades reales de material de su servicio según el número y la complejidad de los pacientes atendidos, y quien primero detecta cualquier desviación entre lo planificado y lo efectivamente disponible.

Esta responsabilidad conecta directamente con la estructura organizativa desarrollada en el Cap. 8: en muchas instituciones de mayor tamaño, existe una unidad especializada de recursos materiales que actúa como enlace entre la dirección de gestión, los proveedores externos y los profesionales asistenciales, responsable de las licitaciones de compra, del conocimiento técnico sobre qué productos resultan más adecuados para cada situación clínica, y del control de costos asociado a su adquisición.

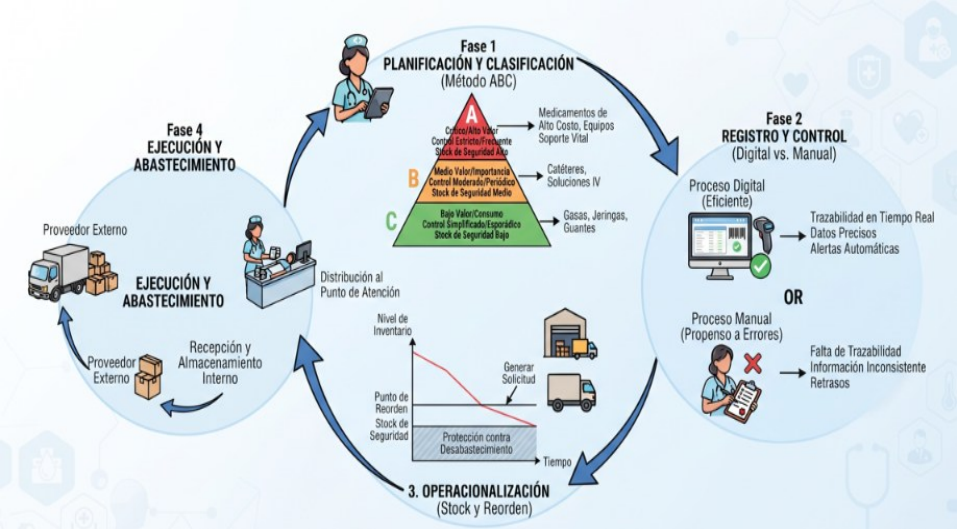


Figura 29. Ciclo de gestiòn de inventarios de insumos en un servicio de enfermerìa

Fuente: Elaboraciòn proìa con base en Zambrano Zambranoy Farias Valdivieso (2025).

Gestión de inventarios

La gestión de inventarios comprende el conjunto de actividades orientadas a planificar, organizar y controlar el flujo de entrada, almacenamiento y salida de los recursos materiales, con un objetivo doble y aparentemente contradictorio: evitar el desabastecimiento que comprometa la continuidad del cuidado, y evitar simultáneamente la acumulación excesiva de stock, que inmoviliza recursos financieros y aumenta el riesgo de vencimiento o deterioro de los insumos.

Dos conceptos técnicos permiten operacionalizar este equilibrio: el stock de seguridad, cantidad mínima que se mantiene almacenada para prevenir el desabastecimiento ante variaciones inesperadas de la demanda; y el punto de reorden, el nivel de inventario en el cual debe generarse una nueva solicitud de reabastecimiento, calculado considerando el tiempo que tardará en llegar el nuevo pedido y el consumo promedio esperado durante ese periodo.

El método ABC de clasificación de inventarios

No todos los insumos de un servicio de enfermería merecen el mismo nivel de control de gestión: el método ABC clasifica los insumos en tres categorías según su valor económico o su criticidad clínica, permitiendo concentrar el esfuerzo de control donde efectivamente aporta más valor.

La categoría A agrupa habitualmente un número reducido de insumos que concentran la mayor proporción del gasto o de la criticidad clínica (por ejemplo, ciertos medicamentos de alto costo o equipos de soporte vital), y exige un control estricto y frecuente. La categoría B agrupa insumos de importancia intermedia, con un control moderado.

La categoría C agrupa el mayor número de ítems, pero de bajo valor económico o criticidad individual (material fungible de bajo costo), que puede gestionarse con controles más simples y revisio nes menos frecuentes, sin que ello comprometa significativamente la eficiencia global del sistema.

Cadena de suministro y logística hospitalaria

La cadena de suministro hospitalaria comprende el conjunto de procesos, actores e instalaciones involucrados en llevar un insumo desde su proveedor hasta el punto de atención al paciente.

Zambrano Zambrano y Farías Valdiviezo (2025), en una revisión sistemática sobre herramientas de mejora para los procesos logísticos en el sector hospitalario ecuatoriano, estructuran su análisis según cinco frentes críticos: el enfoque basado en procesos, la calidad en la gestión, la cadena de suministro y el flujo de pacientes, los sistemas de información la tecnología asociada, y la gestión de residuos.

Las autoras concluyen que las herramientas de mejora más utilizadas en la literatura revisada son las encuestas diagnósticas, el análisis documental, y el mapeo de flujos de proceso mediante diagramas, y subrayan que no existe una solución logística universal: cada institución debe adaptar estas herramientas a sus objetivos específicos y a las características de su propio entorno logístico.

Gestión de inventarios y disponibilidad de medicamentos

La consecuencia más tangible de una gestión de inventarios deficiente es el desabastecimiento de medicamentos e insumos esenciales. Acuña García et al. (2025), en un estudio realizado en un hospital público de la provincia de Manabí, Ecuador, encontraron múltiples falencias en el sistema de gestión de inventarios farmacéuticos vigente, entre ellas demoras en los tiempos de reposición, comunicación deficiente entre las áreas involucradas, y una notoria falta de sistemas digitales automatizados que genera un flujo de información inconsistente respecto de los datos reales de inventario.

Los autores advierten que este proceso manual, propenso a errores, dificulta la trazabilidad de los insumos y retrasa la reposición oportuna del stock, comprometiendo directamente la disponibilidad de medicamentos para la población atendida, particularmente en poblaciones vulnerables con acceso limitado a alternativas de atención privada.

Este hallazgo confirma que la gestión de inventarios no es un asunto meramente administrativo y desconectado del cuidado clínico: un tratamiento médicamente correcto e indicado con toda propiedad resulta clínicamente inútil si el medicamento correspondiente no está físicamente disponible en el servicio en el momento en que el paciente lo necesita.

Tecnología sanitaria: concepto y ciclo de vida

La tecnología sanitaria se refiere a la aplicación de conocimiento organizado y habilidades en forma de dispositivos, equipos, medicamentos, procedimientos y sistemas desarrollados para resolver problemas de salud y mejorar la calidad de vida de la población. Dentro de esta categoría amplia, los equipos biomédicos, dispositivos utilizados con fines específicos de prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, constituyen un objeto de gestión particularmente complejo, dado que requieren mantenimiento, calibración periódica, capacitación específica del personal usuario, y protocolos claros para su eventual retiro del servicio.

El ciclo de vida completo de una tecnología sanitaria recorre, en consecuencia, varias etapas sucesivas: la planificación y evaluación de necesidades, la adquisición (por compra o donación), la instalación y capacitación para su uso, el mantenimiento continuo durante toda su vida útil, y finalmente su baja o reemplazo cuando ya no garantiza condiciones seguras de funcionamiento.



Figura 30. Ciclo de vida de la tecnología sanitaria

Fuente: Elaboración propia con base a Acuña García, J. H., Lam Vivanco, A. M., y Espinoza Carrión, F. M. (2025).

Mantenimiento de equipos biomédicos

El mantenimiento preventivo comprende el conjunto de revisiones periódicas programadas destinadas a conservar el buen funcionamiento y la fiabilidad de un equipo, anticipándose a posibles fallas antes de que ocurran. El mantenimiento correctivo, en cambio, se ejecuta después de que una falla ya se ha manifestado, y busca restaurar el funcionamiento del equipo lo antes posible. Un programa de gestión tecnológica maduro combina ambos tipos de mantenimiento, pero prioriza sistemáticamente el mantenimiento preventivo, dado que reduce la probabilidad de que un equipo crítico falle precisamente en el momento en que se lo necesita para la atención de un paciente. El inventario de todo equipamiento sanitario debe realizarse desde el momento mismo de su recepción institucional, permitiendo un seguimiento adecuado a lo largo de toda su vida útil, y constituyendo la base sobre la que se programan las revisiones preventivas periódicas correspondientes**.**

Gestión Lean y mejora continua en logística hospitalaria

El enfoque Lean Healthcare, adaptado desde la gestión industrial al sector salud, busca eliminar sistemáticamente las actividades que no generan valor dentro de los procesos logísticos y asistenciales de una institución: desplazamientos innecesarios de personal para buscar insumos mal ubicados, exceso de inventario inmovilizado sin rotación, tiempos de espera evitables en la reposición de material, o duplicación de registros manuales que podrían automatizarse.

La literatura reciente sobre gestión eficiente de inventarios en instituciones de salud de alta complejidad confirma que este tipo de metodologías, aplicadas de manera sistemática, permiten minimizar simultáneamente el desabastecimiento, la falta de disponibilidad de insumos críticos, y la acumulación de inventarios sin rotación que inmovilizan recursos financieros escasos.

Sistemas de información y tecnología aplicada a la gestión de recursos

La digitalización de los sistemas de inventario constituye, según la evidencia revisada en este capítulo, uno de los factores más determinantes para superar las falencias descritas en los apartados anteriores. Sistemas de información que registran en tiempo real las entradas, salidas y niveles de stock permiten calcular con precisión el punto de reorden desarrollado en el apartado 3.2, generar alertas automáticas ante niveles críticos, y sostener la trazabilidad de cada insumo y equipo a lo largo de toda su cadena de gestión.

Sin embargo, la persistencia de procesos manuales, hojas de cálculo, registros en papel, en muchas instituciones públicas de la región, documentada explícitamente en el estudio de Acuña García et

al. (2025), confirma que esta digitalización dista todavía de ser una realidad generalizada, y constituye una brecha tecnológica concreta que la enfermera gestora debe considerar al diagnosticar las causas de fallas recurrentes de abastecimiento en su servicio.

Aplicación al contexto ecuatoriano y latinoamericano

La evidencia ecuatoriana revisada en este capítulo, tanto la revisión sistemática sobre herramientas logísticas hospitalarias (Zambrano Zambrano y Farías Valdiviezo, 2025) como el estudio de caso sobre gestión de inventarios farmacéuticos en un hospital público de Manabí (Acuña García et al., 2025), confirma que los desafíos de gestión de recursos materiales, insumos y tecnología sanitaria documentados en la literatura internacional se manifiestan de manera concreta y medible en instituciones públicas de salud del país: procesos manuales propensos a error, comunicación deficiente entre áreas, y demoras en la reposición que afectan directamente la disponibilidad de medicamentos para la población atendida. Esta evidencia refuerza la correspondencia, ya señalada en el Cap. 8 de esta obra, entre la estructura organizativa formal de una institución y su capacidad real de sostener procesos logísticos eficientes: de poco sirve un mapa de procesos institucional bien diseñado si los sistemas de información que deberían sostener sus procesos habilitantes de logística e insumos permanecen sin digitalizar.

Fortalecer la gestión de recursos materiales y tecnología sanitaria en la región exige, en consecuencia, una combinación de inversión en digitalización de sistemas de inventario, capacitación del personal en herramientas técnicas como el método ABC y el cálculo de puntos de reorden, y el reconocimiento institucional de que esta gestión, lejos de ser un asunto puramente administrativo y secundario, constituye una condición material indispensable para que el resto de las funciones desarrolladas en esta obra, desde la dotación de personal hasta la calidad del cuidado, puedan efectivamente materializarse en la práctica cotidiana de un servicio de enfermería.

Indicadores de gestión de recursos materiales y tecnología sanitaria

Como en cualquier función administrativa desarrollada en esta obra, la gestión de recursos materiales requiere de indicadores concretos que permitan monitorear su desempeño a lo largo del tiempo, cerrando el ciclo hacia el control desarrollado en el Cap. 5.

Entre los indicadores más habitualmente utilizados se encuentran: el porcentaje de pedidos abastecidos oportunamente sobre el total de pedidos generados; el número de quiebres de stock registrados por periodo, especialmente en insumos de categoría A o B; la valuación total del

inventario almacenado, que permite monitorear si el capital inmovilizado en insumos resulta proporcional a las necesidades reales del servicio; y, en el caso de la tecnología sanitaria, el porcentaje de equipos con mantenimiento preventivo vigente y actualizado frente al total de equipos inventariados en el servicio.

Estos indicadores no deben gestionarse de manera aislada por el área de logística o de recursos materiales de la institución: la enfermera gestora de cada servicio constituye una fuente primaria e insustituible de información sobre las desviaciones que estos indicadores no siempre logran capturar , por ejemplo, un insumo formalmente disponible en el sistema central, pero que no llega a tiempo al punto de atención del paciente por fallas de distribución interna, lo que exige una comunicación bidireccional sostenida entre el servicio asistencial y las áreas de soporte logístico desarrolladas en el mapa de procesos del Cap.4

Estudio de caso aplicado: de la falla logística al plan de mejora

Para integrar los conceptos desarrollados en este capítulo, resulta útil recorrer un caso ilustrativo, construido a partir de los hallazgos documentados por Acuña García et al. (2025) en un hospital público ecuatoriano. Un servicio de hospitalización reporta, de manera recurrente, episodios de desabastecimiento de un analgésico de uso frecuente.

Al analizar la causa raíz, se identifican simultáneamente varios factores: el registro de consumo se realiza en hojas de papel que no siempre se transcriben a tiempo al sistema central; no existe un punto de reorden calculado técnicamente, sino que el pedido se genera de manera informal “cuando alguien nota que queda poco”; y la comunicación entre farmacia y el servicio de hospitalización no sigue un canal formal y sistematizado, sino intercambios verbales ocasionales entre el personal de turno.

Aplicando el marco conceptual de este capítulo, un plan de mejora frente a este caso combinaría al menos tres líneas de acción simultáneas: primero, clasificar este analgésico dentro de la categoría A o B del método ABC, dado su alto consumo y su criticidad clínica, para asignarle un nivel de control más estricto que el de insumos de categoría C; segundo, calcular formalmente su stock de seguridad y su punto de reorden a partir de datos reales de consumo diario y del tiempo de entrega del proveedor, en lugar de depender de la percepción informal del personal; y tercero, formalizar un canal de comunicación sistematizado entre farmacia y el servicio , idealmente apoyado en un registro digital compartido, que elimine la dependencia de intercambios verbales ocasionales. Este ejemplo evidencia que, con frecuencia, las fallas logísticas más disruptivas no requieren tecnología

costosa para resolverse, sino la aplicación disciplinada de herramientas técnicas relativamente simples, sistemáticamente aplicadas y sostenidas en el tiempo.

Síntesis del capítulo

La gestión de recursos materiales, insumos y tecnología sanitaria constituye la infraestructura física sobre la que se sostiene el cuidado de enfermería. Herramientas técnicas como el método ABC de clasificación de inventarios, el cálculo del stock de seguridad y el punto de reorden, y el enfoque Lean Healthcare, permiten equilibrar la disponibilidad oportuna de insumos con un uso eficiente de recursos financieros limitados.

La evidencia reciente, incluida evidencia ecuatoriana específica, confirma que las fallas más frecuentes en esta gestión se originan en procesos manuales no digitalizados y en una comunicación deficiente entre áreas, más que en una falta de conocimiento técnico sobre las herramientas disponibles.

El ciclo de vida completo de la tecnología sanitaria, planificación, adquisición, uso, mantenimiento preventivo y correctivo, y baja, exige, por su parte, una gestión sostenida a lo largo del tiempo, y no solo en el momento puntual de la adquisición de un nuevo equipo.

Actividades sugeridas para estudiantes

Actividad 1. Clasificación ABC de los insumos de un servicio simulado

Modalidad: grupal (3-4 integrantes), evaluable · Duración estimada: 75 minutos

Cada grupo recibe un listado de 15-20 insumos de un servicio de enfermería simulado, con su costo unitario y consumo mensual aproximado. El grupo debe clasificar los insumos en categorías A, B y C aplicando el método desarrollado en el capítulo, justificar su clasificación, y proponer un nivel de control distinto (frecuencia de revisión de stock) para cada categoría.

Actividad 2. Cálculo de stock de seguridad y punto de reorden

Modalidad: individual o parejas · Duración estimada: 50 minutos

A partir de datos simulados de consumo diario promedio de un insumo crítico y del tiempo de entrega habitual del proveedor, el/la estudiante calcula el stock de seguridad y el punto de reorden correspondiente, y redacta una breve justificación de por qué una gestión basada en “reabastecer cuando se note que algo se está acabando” resulta insuficiente frente a este cálculo técnico.

CAPÍTULO 16. PRESUPUESTO Y GESTIÓN FINANCIERA DEL SERVICIO DE ENFERMERÍA

Administrar el dinero para sostener la misión

Competencias

1. Definir el concepto de presupuesto y su relación con la planificación estratégica desarrollada en el Cap. 9.

2. Diferenciar los tipos de presupuesto: por partidas, base cero, y por programas o resultados.

3. Explicar los tipos de costos (directos/indirectos, fijos/variables) aplicados a un servicio de enfermería.

4. Analizar la relación entre la asignación de recursos financieros y la calidad de la prestación hospitalaria.

5. Explicar el concepto de ejecución presupuestaria y sus principales indicadores de seguimiento.

6. Aplicar un análisis costo-efectividad elemental a una decisión de gestión de enfermería.

7. Relacionar la gestión financiera con la rendición de cuentas institucional.

8. Valorar los desafíos de la gestión financiera en instituciones públicas de salud del Ecuador y la región.

Introducción

Todo lo desarrollado en los capítulos anteriores de esta obra, la dotación de personal, la gestión de recursos materiales y tecnología, la formación continua del talento humano tiene, en algún punto, un correlato financiero: cada decisión de gestión compite por una porción limitada del presupuesto institucional.

La enfermera gestora que desconoce los fundamentos de la gestión financiera no queda exenta de sus consecuencias, sino que pierde la capacidad de argumentar técnicamente sus decisiones frente

a la dirección de gestión, y termina aceptando o rechazando asignaciones de recursos sin poder cuestionarlas con el mismo lenguaje técnico con el que estas se justifican institucionalmente.

Este capítulo desarrolla, con el mismo tratamiento denso del resto de la obra, los fundamentos del presupuesto y la gestión financiera en salud, los distintos modelos presupuestarios, la estructura de costos que atraviesa cualquier servicio de enfermería, la evidencia sobre la relación entre asignación de recursos financieros y calidad de la prestación hospitalaria, y experiencias recientes de gestión financiera basada en evidencia implementadas en el sistema de salud ecuatoriano.

Fundamentos de la gestión financiera en salud

El presupuesto es el instrumento de planificación financiera que estima, para un periodo determinado, los ingresos disponibles y asigna los recursos necesarios para el cumplimiento de los objetivos institucionales. La gestión financiera, en un sentido más amplio, comprende el conjunto de decisiones orientadas a obtener, asignar y controlar esos recursos de manera que la institución pueda sostener su misión en el tiempo.

Esta gestión no es un proceso aislado de la planificación estratégica desarrollada en el Cap. 9: los objetivos estratégicos y la política de calidad institucional definidos allí carecen de efecto práctico si el presupuesto no destina recursos concretos a su cumplimiento. Un plan estratégico que declara la seguridad del paciente como prioridad, pero cuyo presupuesto no contempla fondos para capacitación en seguridad o para dotación adecuada, es una declaración de intenciones sin sustento financiero real.

Tipos de presupuesto

Las instituciones de salud pueden adoptar distintos modelos de elaboración presupuestaria, cada uno con implicaciones diferentes para la gestión de un servicio de enfermería. El presupuesto por partidas, heredado de la administración pública tradicional, asigna recursos según categorías fijas de gasto (personal, insumos, servicios generales), y tiende a reproducir año tras año la misma estructura de asignación, con ajustes incrementales menores.

El presupuesto base cero exige que cada partida se justifique íntegramente en cada nuevo ciclo, sin asumir automáticamente el monto del periodo anterior, lo que obliga a una argumentación más rigurosa pero también demanda mayor tiempo y capacidad técnica de análisis por parte de quienes lo

elaboran. El presupuesto por programas o resultados, finalmente, asigna recursos en función de programas específicos y de los resultados esperados de cada uno, alineándose más estrechamente con la lógica de la nueva gestión pública desarrollada en el Cap. 2, orientada a resultados y rendición de cuentas antes que al mero cumplimiento normativo de categorías de gasto.

Estructura de costos en salud

Comprender la estructura de costos de un servicio de enfermería exige dominar dos distinciones complementarias. La primera distingue costos directos, atribuibles de manera exclusiva a un servicio o unidad específica, de costos indirectos, compartidos por varios servicios y distribuidos mediante criterios o fórmulas de prorrateo basadas en algún factor volumétrico. La segunda distingue costos fijos, que permanecen constantes dentro de un periodo determinado con independencia del volumen de pacientes atendidos, de costos variables, que fluctúan en función directa de ese volumen de actividad.

Combinando ambos criterios se obtiene una matriz de cuatro categorías, fijo-directo, fijo-indirecto, variable-directo y variable-indirecto, que permite clasificar con precisión cualquier gasto de un servicio de enfermería, y que resulta indispensable para argumentar con rigor técnico cualquier solicitud de ajuste presupuestario frente a la dirección de gestión.

El presupuesto del servicio de enfermería

Dentro de la estructura de costos descrita, el costo de personal constituye habitualmente la partida más significativa del presupuesto de cualquier servicio de enfermería, dado que el cuidado es, por su propia naturaleza, una actividad intensiva en trabajo humano y no fácilmente sustituible por otros factores productivos.

Esta centralidad del costo de personal conecta directamente con la dotación desarrollada en el Cap. 10: cada decisión de ajustar la dotación según la gravedad del paciente, o de modificar una escala de turnos, tiene una traducción presupuestaria inmediata que la enfermera gestora debe poder cuantificar y justificar.

El resto del presupuesto del servicio se distribuye habitualmente entre insumos y medicamentos (desarrollados en el Cap. 15), mantenimiento de equipos, capacitación del personal (Cap. 11), y una porción de costos indirectos compartidos con el resto de la institución.

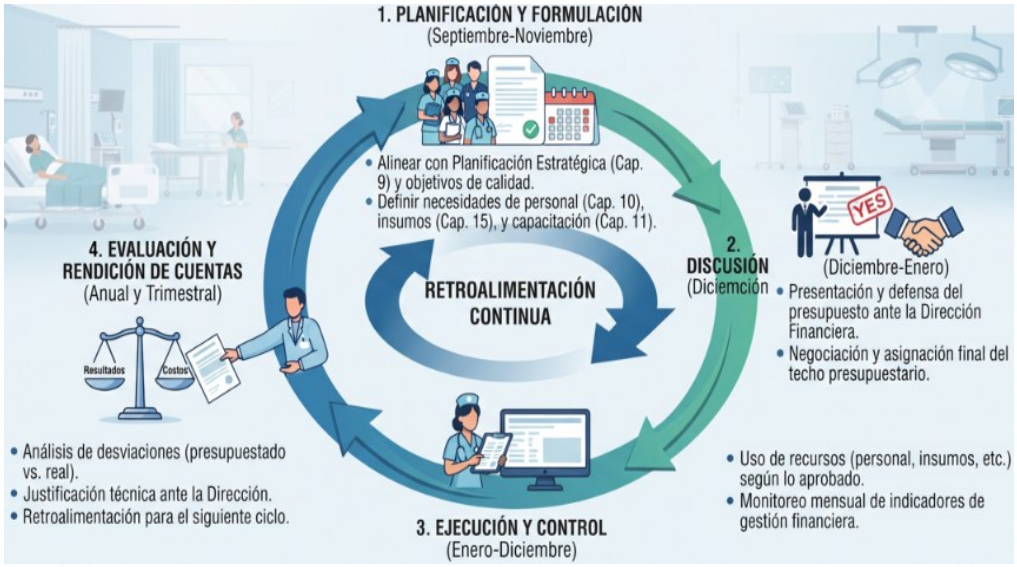


Figura 31. Ciclo presupuestario de un servicio de enfermería

Fuente: Elaboración propia de acuerdo con Rivera-González y Ruiz-Cedeño (2024)

Ejecución presupuestaria y sus desafíos

La ejecución presupuestaria mide el grado en que los recursos presupuestados efectivamente se utilizan durante el periodo para el cual fueron asignados, y constituye uno de los indicadores más reveladores del funcionamiento real de un sistema de salud.

Un análisis reciente sobre la forma en que se presupuesta la salud en el Ecuador documenta que el problema de fondo no radica únicamente en la escasez de los recursos disponibles, sino en la rigidez con la que estos se administran, lo que convierte a la gestión hospitalaria en un verdadero laberinto administrativo: existe una desalineación entre lo que el Estado planifica en el papel y lo que efectivamente ejecuta en los territorios, atrapando al sistema en un círculo de asignaciones tardías ineficiencia.

Esta evidencia confirma que disponer de un presupuesto aprobado no garantiza, por sí solo, la disponibilidad oportuna de esos recursos en la práctica cotidiana de un servicio de enfermería.

Asignación de recursos financieros y calidad hospitalaria

Rivera-González y Ruiz-Cedeño (2024), en un estudio sobre la asignación de recursos financieros y su incidencia en la prestación de servicios hospitalarios en un hospital público de Portoviejo, Ecuador, durante los ejercicios económicos 2022 y 2023, concluyen que establecer una gestión adecuada en la asignación de recursos financieros del presupuesto hospitalario permite reflejar una posición clara y realista respecto de los recursos disponibles y las necesidades médicas, para brindar una cobertura efectiva a los usuarios del servicio.

Este hallazgo, aparentemente evidente, tiene una implicación práctica relevante: la brecha entre presupuesto formalmente asignado y necesidades reales de atención no se resuelve mediante voluntarismo o esfuerzo adicional del personal asistencial, sino mediante una gestión financiera técnicamente rigurosa que visibilice con datos concretos esa brecha ante las instancias de decisión correspondientes.

Herramientas de gestión de costos hospitalarios

Un centro de costos es la unidad organizativa a la que se le atribuyen y contabilizan de manera diferenciada los costos incurridos, permitiendo su análisis y comparación entre servicios o entre instituciones similares.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador implementó, desde junio de 2023, la herramienta PERC (Producción, Eficiencia, Recursos y Costos), parte de la Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud desarrollada con cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud, en 25 hospitales priorizados que administran una proporción significativa del presupuesto total del Ministerio.

Según el propio Ministerio de Salud Pública (2025), esta herramienta estructuró y ordenó la realidad hospitalaria mediante centros de costos, facilitando la gestión de recursos, talento humano, dispositivos médicos, entre otros, y permitiendo evaluar la gestión económica institucional y comparar costos entre establecimientos según su tipología y nivel de atención, migrando, en palabras de las propias autoridades sanitarias, de una gestión basada en la intuición hacia una gestión basada en evidencia.

Esta experiencia ecuatoriana resulta especialmente relevante para el estudiante de esta obra, porque demuestra que la contabilidad de costos por centro no es un ejercicio meramente contable y distante de la práctica de enfermería, sino una herramienta de gestión que, bien implementada, permite a cada servicio conocer con precisión su propia estructura de costos, y compararla objetivamente con la de servicios equivalentes en otras instituciones del sistema.

Análisis costo-efectividad en la gestión de enfermería

El análisis costo-efectividad compara el costo de una intervención o decisión con los resultados de salud obtenidos, orientando la asignación más eficiente de recursos limitados.

Aplicado a la gestión cotidiana de un servicio de enfermería, este análisis puede compararse, por ejemplo, entre dos estrategias alternativas para reducir las infecciones asociadas a la atención en salud: invertir en mayor dotación de personal (Cap. 10) frente a invertir en un programa de

capacitación intensiva en técnica aséptica, estimando en ambos casos el costo de la intervención y el resultado esperado en términos de reducción de infecciones.

El punto de equilibrio, el nivel de actividad en el cual los ingresos generados igualan exactamente a los costos totales constituye una herramienta complementaria, particularmente relevante en servicios que generan algún tipo de ingreso propio o facturación (por ejemplo, un servicio de atención domiciliaria de enfermería con tarifas propias), para determinar el volumen mínimo de actividad necesario para no operar en pérdida.

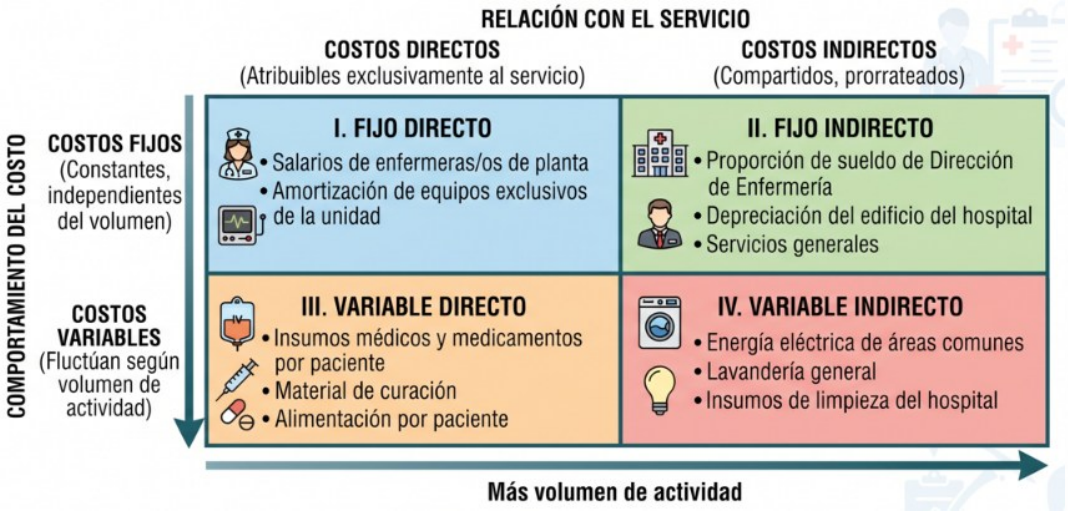


Figura 32. Matriz de estructura de costos en un servicio de enfermería

Fuente: Elaboración propia con base a (Bravo-Cedeño y Vegas-Meléndez, 2023).

Rendición de cuentas y gobernanza financiera

La rendición de cuentas financiera, la obligación de una institución de informar de manera transparente sobre el uso de los recursos asignados, constituye uno de los pilares del modelo de la nueva gestión pública desarrollado en el Cap. 1 de esta obra (Bravo-Cedeño y Vegas-Meléndez, 2023), que desplaza el énfasis desde el mero cumplimiento normativo hacia la legitimidad basada en resultados y en la relación transparente con la ciudadanía.

La enfermera gestora participa de esta rendición de cuentas en un doble sentido: hacia arriba, informando a la dirección de gestión sobre la ejecución del presupuesto de su servicio y justificando técnicamente sus desviaciones; y hacia su propio equipo, comunicando con transparencia las razones detrás de decisiones de asignación de recursos que, de no explicarse adecuadamente, pueden interpretarse como arbitrarias y erosionar el clima laboral desarrollado en el Cap. 13 de esta obra.

Aplicación al contexto ecuatoriano y latinoamericano

La evidencia ecuatoriana revisada en este capítulo, el estudio sobre asignación de recursos en un hospital público de Portoviejo (Rivera-González y Ruiz-Cedeño, 2024) y la implementación de la herramienta PERC en 25 hospitales priorizados del Ministerio de Salud Pública (2025), muestra un país en transición hacia una gestión financiera hospitalaria basada en evidencia, que convive todavía con rigidez y baja ejecución presupuestaria.

En ese escenario, la enfermera gestora no puede limitarse a ejecutar el presupuesto asignado: debe participar en su formulación, conocer la estructura de costos de su servicio y argumentar con datos, mediante centros de costos o análisis de costo-efectividad, los recursos que el servicio necesita para cumplir los estándares de calidad y seguridad.

Indicadores de gestión financiera aplicados a enfermería

Al igual que las demás funciones administrativas desarrolladas en esta obra, la gestión financiera de un servicio de enfermería requiere de indicadores concretos que permitan su monitoreo sistemático. Entre los más utilizados se encuentran: el porcentaje de ejecución presupuestaria, que compara el gasto efectivamente realizado con el monto originalmente asignado para un periodo determinado; la variación entre el costo presupuestado y el costo real por paciente atendido o por día-cama, que permite detectar desviaciones tempranas; la proporción del presupuesto del servicio destinada a costos de personal frente a otras partidas, dato relevante dado el peso central de esta partida señalado en el apartado 16.4; y, cuando la institución cuenta con herramientas de centros de costos como PERC, indicadores comparativos de costo por unidad de producción hospitalaria frente a servicios equivalentes de otras instituciones del sistema. Estos indicadores solo resultan útiles si se revisan con una periodicidad definida, mensual o trimestral, según la naturaleza de cada uno, y si sus resultados retroalimentan efectivamente el ciclo presupuestario del siguiente periodo, cerrando así el vínculo con la función de control desarrollada como parte del proceso administrativo general en el Cap. 5 de esta obra.

Estudio de caso aplicado: de la desviación presupuestaria al ajuste informado

Para integrar los conceptos desarrollados en este capítulo, resulta útil recorrer un caso ilustrativo inspirado en los hallazgos de Rivera-González y Ruiz-Cedeño (2024). Un servicio de hospitalización presenta, al cierre del segundo trimestre, una ejecución presupuestaria del 68% en la partida de insumos médicos, frente a un 50% esperado a esa altura del año, lo que enciende una alerta en la dirección financiera de la institución.

Ante una primera lectura superficial, esta desviación podría interpretarse como un uso ineficiente o excesivo de recursos por parte del servicio. Sin embargo, un análisis más riguroso, aplicando la distinción entre costos fijos y variables desarrollada en el apartado 16.3, revela que el servicio atendió, durante ese trimestre, un volumen de pacientes un 35% superior al proyectado originalmente, lo que explica de manera directa el mayor consumo de insumos de naturaleza variable, sin que ello implique necesariamente ineficiencia alguna en su gestión.

Frente a este caso, la enfermera gestora que domina los conceptos desarrollados en este capítulo puede presentar, ante la dirección financiera, un análisis que separe explícitamente el componente de la desviación explicado por el mayor volumen de pacientes (variable, y por tanto esperable) del componente eventualmente atribuible a otras causas (variación de precios de proveedores, pérdidas por vencimiento, entre otras), y solicitar, sobre esa base, un ajuste presupuestario para el segundo semestre que refleje la demanda real del servicio, en lugar de limitarse a defenderse genéricamente de una acusación implícita de mal manejo de recursos. Este ejemplo ilustra por qué el dominio del lenguaje técnico de la gestión financiera constituye, más que un conocimiento contable accesorio, una herramienta concreta de defensa profesional y de mejora de la calidad del cuidado.

Síntesis

El presupuesto y la gestión financiera constituyen el sustento material sobre el que se ejecutan todas las demás funciones administrativas desarrolladas en esta obra: sin recursos financieros efectivamente disponibles y ejecutados, la planificación estratégica, la dotación de personal y la gestión de recursos materiales permanecen en el plano de la intención.

Los distintos modelos presupuestarios, la estructura de costos directos/indirectos y fijos/variables, y herramientas como los centros de costos y el análisis costo-efectividad, ofrecen a la enfermera gestora un lenguaje técnico indispensable para participar activamente, y no solo pasivamente, en las decisiones financieras que afectan a su servicio.

La experiencia ecuatoriana reciente, tanto en sus innovaciones (herramienta PERC) como en sus limitaciones estructurales persistentes (rigidez y baja ejecución presupuestaria), confirma que esta competencia financiera es hoy una exigencia concreta, y no meramente teórica, del ejercicio de la gestión enfermera en la región.

Actividades sugeridas para estudiantes

Actividad 1. Clasificación de costos de un servicio simulado
Modalidad: grupal (3-4 integrantes), evaluable · Duración estimada: 75 minutos
Cada grupo recibe un listado de 12-15 gastos típicos de un servicio de enfermería (salarios, insumos, mantenimiento de equipos, energía eléctrica, capacitación, entre otros). El grupo debe clasificar cada gasto dentro de la matriz de cuatro cuadrantes desarrollada en el capítulo (fijo/variable, directo/indirecto), justificar al menos tres clasificaciones que generen discusión, y discutir cuáles de estos costos serían más sencillos de reducir en un escenario de recorte presupuestario, y con qué consecuencias probables para la calidad del cuidado.

Actividad 2. Análisis costo-efectividad de dos estrategias alternativas
Modalidad: individual o parejas · Duración estimada: 60 minutos
A partir de un caso simulado que compara dos estrategias para reducir un problema de calidad específico (por ejemplo, infecciones asociadas a la atención en salud), con datos estimados de costo y de resultado esperado para cada estrategia, el/la estudiante calcula el costo por unidad de resultado obtenido en cada caso, y redacta una recomendación fundamentada sobre cuál estrategia representa un mejor uso de recursos limitados, considerando también factores no estrictamente numéricos que podrían justificar apartarse de la opción más costo-efectiva.

Glosario

Presupuesto	Instrumento de planificación financiera que estima, para un periodo determinado, los ingresos disponibles y asigna los recursos necesarios para el cumplimiento de los objetivos institucionales.
Presupuesto por partidas	Modelo presupuestario que asigna recursos según categorías fijas de gasto (personal, insumos, servicios), heredado de la administración pública tradicional.
Presupuesto base cero	Modelo presupuestario en el que cada partida debe justificarse íntegramente en cada nuevo ciclo, sin asumir automáticamente el monto asignado en el periodo anterior.
Presupuesto por programas o resultados	Modelo presupuestario que asigna recursos en función de programas y de los resultados esperados de cada uno, y no solo de categorías de gasto
Costo directo	Gasto que puede atribuirse de manera exclusiva a un servicio, unidad o producto específico
Costo indirecto	Gasto compartido por varios servicios o unidades, que debe distribuirse mediante criterios o fórmulas de prorrateo.
Costo fijo	Costo que permanece constante dentro de un periodo determinado, con independencia del volumen de pacientes atendidos.
Costo variable	Costo que varía en función directa del volumen de actividad o del número de pacientes atendidos.

Ejecución presupuestaria	Grado en que los recursos presupuestados efectivamente se utilizan durante el periodo para el cual fueron asignados.
Centro de costos	Unidad organizativa a la que se le atribuyen y contabilizan de manera diferenciada los costos incurridos, permitiendo su análisis y comparación.
Punto de equilibrio	Nivel de actividad en el cual los ingresos generados igualan exactamente a los costos totales, sin generar ni pérdida ni excedente.
Análisis costo-efectividad	Comparación entre el costo de una intervención o decisión y los resultados de salud obtenidos, para orientar la asignación más eficiente de recursos limitados.

CAPÍTULO 17. PROYECTOS Y PROCESOS ADMINISTRATIVOS DE INVERSIÓN EN LAS UNIDADES DE SALUD

Formulación, evaluación y ejecución

Competencias

1. Diferenciar el gasto corriente y el gasto de inversión aplicados a un servicio de salud.
2. Explicar las etapas del ciclo de un proyecto de inversión pública en salud.
3. Aplicar la metodología de marco lógico a la formulación de un proyecto de inversión en un servicio de enfermería.
4. Elaborar un árbol de problemas y un árbol de objetivos para un proyecto de inversión en salud.
5. Explicar el proceso de dictamen de prioridad y aprobación de proyectos de inversión pública en el Ecuador.
6. Diferenciar la evaluación ex ante y la evaluación ex post de un proyecto de inversión.
7. Analizar los criterios de sostenibilidad de un proyecto de inversión en salud.
8. Valorar el rol de la enfermera gestora en la formulación y ejecución de proyectos de inversión institucional.

Introducción

No todas las necesidades de un servicio de enfermería se resuelven dentro del presupuesto operativo ordinario desarrollado en el Cap. 16: ampliar el número de camas de una unidad, incorporar un nuevo sistema de historia clínica electrónica, o construir una nueva área de hospitalización, constituyen decisiones que exceden el ciclo presupuestario anual y requieren un proceso administrativo propio, conocido como proyecto de inversión pública.

Este capítulo desarrolla, con el mismo tratamiento denso del resto de la obra, el ciclo completo de estos proyectos desde la identificación del problema hasta su evaluación posterior, con especial atención a la metodología de marco lógico y al proceso administrativo de inversión pública vigente en el Ecuador.

Comprender este proceso no es una competencia reservada exclusivamente a economistas o planificadores: la enfermera gestora que identifica una necesidad real de inversión en su servicio y que no sabe cómo traducirla en un perfil de proyecto técnicamente formulado, ve limitada su capacidad de incidir en las decisiones de expansión y mejora de la capacidad instalada de su institución, quedando reducida al rol de receptora pasiva de las decisiones de inversión tomadas por otros.

Fundamentos de los proyectos de inversión en salud

Un proyecto de inversión pública es una intervención limitada en el tiempo que utiliza recursos públicos para crear, ampliar o mejorar la capacidad de producción de bienes o servicios de una institución. Esta definición contiene dos elementos que lo distinguen claramente del gasto corriente desarrollado en el Cap. 16: su carácter limitado en el tiempo (a diferencia del carácter recurrente y anual del presupuesto operativo) y su propósito de ampliar o mejorar capacidad instalada (a diferencia del propósito de sostener la operación cotidiana ya existente).
Comprar los insumos médicos que un servicio consume cada mes es gasto corriente; construir una nueva unidad de cuidados intensivos, o incorporar un sistema digital de historia clínica que no existía previamente, es gasto de inversión. Todo proyecto de inversión en salud debe, además, contribuir directamente al logro de los objetivos institucionales definidos en la planificación estratégica desarrollada en el Cap. 9, y dar solución a un problema puntual y claramente identificado.

El ciclo de vida de un proyecto de inversión pública

Todo proyecto de inversión pública recorre un ciclo de etapas sucesivas, sometidas a evaluaciones de complejidad creciente. La etapa de preinversión comprende, a su vez, varias fases: la idea de proyecto, que identifica de manera preliminar una necesidad o problema; el perfil, que incluye un análisis preliminar de los aspectos técnicos, de beneficios y costos; y, según la magnitud y complejidad del proyecto, estudios más profundos de prefactibilidad y factibilidad, que profundizan progresivamente el análisis técnico, económico y social antes de comprometer recursos significativos.

Superada la preinversión, el proyecto avanza a las etapas de diseño definitivo, ejecución (la construcción, adquisición o implementación propiamente dicha) y, finalmente, evaluación, que puede ocurrir tanto antes (ex ante) como después (ex post) de la ejecución, según se desarrolla en el apartado 17.6.

Identificación del problema y diagnóstico

Antes de definir cualquier solución, todo proyecto de inversión pública en salud debe partir de la identificación clara del problema que busca resolver. El árbol de problemas constituye la herramienta gráfica más utilizada para este propósito: ubica el problema central en el tronco del árbol, sus causas en las raíces (organizadas en niveles de causalidad), y sus efectos en las ramas.

Por ejemplo, un problema central como “alta tasa de reingresos hospitalarios evitables en un servicio de medicina interna” puede tener causas como una dotación de personal insuficiente para la educación al alta (Cap. 10) o la ausencia de un sistema de seguimiento telefónico posalta, y efectos como la sobreocupación del servicio y el incremento de costos institucionales.

A partir de este árbol de problemas se construye el árbol de objetivos, que invierte cada causa y efecto negativo en un medio y un fin positivo, sentando las bases para la definición de los objetivos específicos del proyecto.

La metodología de marco lógico

El enfoque de marco lógico es una metodología de amplio uso mundial para el desarrollo de proyectos con impacto social, que organiza los objetivos de un proyecto en niveles jerárquicos fin, propósito, componentes y actividades, vinculados mediante una relación de medios afines. Entre sus principales ventajas se destacan su formato relativamente sencillo, el alto grado de detalle que exige en cada nivel del proyecto, y su capacidad de estimular la participación y el consenso de los distintos actores involucrados en su diseño.

Esta metodología se sintetiza habitualmente en la matriz de marco lógico, una tabla que cruza cada nivel de objetivo con sus indicadores de logro, sus medios de verificación (las fuentes de información que permitirán comprobar el indicador), y los supuestos o riesgos externos que podrían comprometer el éxito del proyecto sin que dependan directamente de su gestión.

La matriz de marco lógico vincula el problema de intervención con objetivos, actividades, indicadores y supuestos. En proyectos de inversión sanitaria, esa relación facilita comprobar si los recursos solicitados responden a necesidades identificadas y si existen criterios verificables para el seguimiento.

Tabla 1. Estructura general de una matriz de marco lógico aplicada a un proyecto de inversión en salud

Nivel	Resumen narrativo	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
Fin	Contribución al objetivo estratégico institucional	Indicador de impacto de largo plazo	Estadísticas institucionales o del sistema de salud	Condiciones externas se mantienen favorables
Propósito	Efecto directo esperado del proyecto sobre el problema central	Indicador de resultado al finalizar el proyecto	Estudios de evaluación ex post	Los componentes se usan como se previó

Componentes	Productos o servicios concretos entregados por el proyecto	Cantidad y calidad de cada producto entregado	Informes de avance del proyecto	Condiciones para producir cada componente se mantienen
Actividades	Acciones necesarias para producir cada componente	Presupuesto y cronograma de cada actividad	Registros contables y de ejecución	Condiciones iniciales para comenzar se cumplen

Formulación de un proyecto de inversión en un servicio de enfermería

La formulación técnica de un proyecto exige, además del árbol de problemas y objetivos, un análisis riguroso de oferta y demanda: cuántos pacientes o cuánta actividad asistencial demanda actualmente el servicio y demandará en el futuro (proyectada, por ejemplo, según el crecimiento poblacional o epidemiológico del área de influencia), frente a cuánta capacidad de oferta existe actualmente instalada. La diferencia entre ambas proyecciones constituye la brecha que el proyecto de inversión busca cerrar.

Este análisis de brecha, desarrollado con metodologías que emplean coeficientes técnicos predefinidos, como tasas de atención esperadas según recomendaciones sanitarias, es el que finalmente justifica, con datos y no solo con percepciones, la necesidad de ampliar camas, personal o equipamiento en un servicio determinado.



Figura 33. Estructura de marco lógico

Fuente: Elaboración propia con base a Valencia Sandoval, D., y Haro-Zea, K, L. (2024)

Evaluación de proyectos de inversión

La evaluación ex ante de un proyecto de inversión analiza su viabilidad técnica (¿es posible construirlo o implementarlo con la tecnología y los recursos disponibles?), económica (¿los beneficios esperados justifican los costos incurridos?) y social (¿el proyecto responde efectivamente a una necesidad de la población objetivo?), antes de comprometer recursos significativos en su ejecución.

Un instrumento técnico central en esta evaluación económica es la tasa social de descuento, que permite comparar costos y beneficios de un proyecto público que ocurren en distintos momentos del tiempo, expresándolos en un valor presente comparable; distintos países de la región (Chile, Colombia, México, Perú, entre otros) han desarrollado metodologías y tasas oficiales propias para esta estimación, dado su impacto directo sobre qué proyectos resultan seleccionados frente a otros que compiten por los mismos recursos limitados.

La evaluación ex post, por su parte, se realiza una vez concluida la ejecución del proyecto, y valora si los resultados efectivamente obtenidos coincidieron con lo proyectado en la evaluación ex ante, retroalimentando el diseño de futuros proyectos similares.

El proceso administrativo de inversión pública en el Ecuador

En el Ecuador, los proyectos de inversión pública en salud se tramitan a través del Sistema Integrado de Planificación e Inversión Pública (SIPeIP), que exige a las entidades públicas mantener actualizada la información de sus proyectos en un módulo de seguimiento validado por el ente rector de la planificación nacional.

Dentro de este proceso, un proyecto de inversión pública requiere un dictamen de prioridad, cuando se financia con recursos del Presupuesto General del Estado o un dictamen de aprobación, cuando se financia exclusivamente con recursos de cooperación internacional no reembolsable, pronunciamientos técnicos que determinan si el proyecto puede continuar su trámite (Registro Oficial del Ecuador, 2025).

Adicionalmente, el Consejo Nacional de Planificación aprueba cada año un Plan Anual de Evaluaciones (PAEV), que define qué proyectos de inversión pública serán específicamente evaluados en profundidad durante ese periodo, como mecanismo de aseguramiento de la calidad y eficiencia del gasto público (Secretaría Nacional de Planificación del Ecuador, 2024).

Este marco institucional confirma que un proyecto de inversión bien formulado técnicamente, con un árbol de problemas riguroso y una matriz de marco lógico coherente, no garantiza, por

sí solo, su aprobación y financiamiento: debe además transitar exitosamente por este proceso administrativo formal, lo que exige de la enfermera gestora que impulsa una iniciativa de inversión una comprensión mínima de estos procedimientos, o la capacidad de articularse eficazmente con las unidades de planificación institucional responsables de gestionarlos.

Ejecución y seguimiento de proyectos de inversión

Una vez aprobado y financiado, un proyecto de inversión ingresa a su fase de ejecución, que exige una gestión activa de cronograma, comparando el avance real frente al planificado, y de riesgos que puedan comprometer su cumplimiento en tiempo y forma (retrasos de proveedores, variaciones de precios, cambios en las condiciones institucionales, entre otros).

Los indicadores de seguimiento de la ejecución, similares en su lógica a los indicadores de ejecución presupuestaria desarrollados en el Cap. 16, permiten detectar tempranamente desviaciones que exigen decisiones correctivas, antes de que el proyecto concluya y sea demasiado tarde para ajustar su curso.

Sostenibilidad de los proyectos de inversión en salud

Un proyecto de inversión exitosamente ejecutado puede, sin embargo, fracasar en su propósito último si no se garantiza su sostenibilidad una vez concluida la fase de financiamiento específico. La sostenibilidad financiera exige que la institución cuente, en su presupuesto operativo ordinario, con los recursos necesarios para el funcionamiento continuo de lo construido o adquirido (personal para operar una nueva unidad, mantenimiento de un nuevo equipo, como se desarrolló en el Cap. 15).

La sostenibilidad técnica exige que el personal cuente con las competencias necesarias para operar la nueva capacidad instalada. Y la sostenibilidad social exige que la intervención responda efectivamente a una necesidad sentida por la población objetivo, y no a una prioridad definida de manera exclusivamente vertical y desconectada de esa población.

Un proyecto que ignora cualquiera de estas tres dimensiones de sostenibilidad corre el riesgo de convertirse, en el mediano plazo, en infraestructura subutilizada o en tecnología sin operar, pese a la inversión inicial ya realizada.

El rol de la enfermera gestora en los proyectos de inversión

La enfermera gestora cumple un rol potencialmente decisivo en, al menos, dos momentos del ciclo del proyecto desarrollado en este capítulo. En la etapa de identificación, es quien mejor

conoce, desde la práctica cotidiana de su servicio, las brechas reales entre la oferta instalada y la demanda asistencial que la institución enfrenta, y puede traducir ese conocimiento en un árbol de problemas técnicamente fundamentado, en lugar de limitarse a reclamos informales sin sustento documentado.

En la etapa de ejecución y seguimiento, es quien puede alertar tempranamente sobre desviaciones entre lo diseñado en el proyecto y las necesidades reales del servicio, o sobre riesgos de sostenibilidad, por ejemplo, si una nueva unidad se construye sin que se haya planificado simultáneamente la dotación de personal necesaria para operarla, conforme a los criterios desarrollados en el Cap. 10.

Aplicación al contexto ecuatoriano y latinoamericano

El Plan Anual de Inversión de Salud Pública del Ecuador 2023-2025 organiza sus proyectos en componentes dirigidos a poblaciones prioritarias, como la primera infancia y las madres gestantes y lactantes, lo que confirma que la lógica de proyectos descrita en este capítulo es la vía concreta por la que el sistema canaliza sus recursos de expansión.

La rigidez y la baja ejecución presupuestaria analizadas en el capítulo 16 alcanzan también a la inversión, de modo que la brecha entre lo planificado y lo ejecutado trasciende el buen diseño de cada proyecto. Por ello, la enfermera gestora necesita una doble competencia: dominar herramientas como el árbol de problemas y la matriz de marco lógico, y comprender procesos institucionales como el SIPeIP, que deciden si un proyecto bien formulado llega a convertirse en capacidad instalada al servicio del cuidado.

Síntesis del capítulo

Los proyectos de inversión en salud, distintos del gasto corriente desarrollado en el Cap. 16 exigen un proceso administrativo propio que recorre etapas de preinversión, diseño, ejecución y evaluación. La metodología de marco lógico, con sus herramientas de árbol de problemas, árbol de objetivos y matriz de marco lógico, ofrece un lenguaje técnico riguroso para formular estos proyectos, mientras que procesos administrativos institucionales como el SIPeIP ecuatoriano determinan las condiciones formales bajo las cuales un proyecto puede obtener dictamen de prioridad, aprobación y financiamiento.

La sostenibilidad financiera, técnica y social de cada proyecto, evaluada tanto ex ante como ex post, constituye finalmente el criterio que determina si la inversión realizada se traduce en una

mejora efectiva y duradera de la capacidad de cuidado de un servicio de enfermería, y no en infraestructura o tecnología subutilizada.

Actividades sugeridas para estudiantes

Actividad 1. Construcción de un árbol de problemas y árbol de objetivos

Modalidad: grupal (3-4 integrantes), evaluable · Duración estimada: 90 minutos

Cada grupo identifica un problema real o simulado de un servicio de enfermería que podría justificar un proyecto de inversión (por ejemplo, insuficiente capacidad de aislamiento de pacientes con enfermedades infectocontagiosas). El grupo construye un árbol de problemas con al menos tres niveles de causas y dos de efectos, y luego lo transforma en un árbol de objetivos siguiendo la metodología desarrollada en el capítulo.

Actividad 2 . Elaboración de una matriz de marco lógico simplificada

Modalidad: grupal, evaluable · Duración estimada: 90 minutos

A partir del árbol de objetivos construido en la Actividad 1 (o de uno proporcionado por el docente), cada grupo completa una matriz de marco lógico simplificada (como la desarrollada en la Tabla 17.1), definiendo al menos un fin, un propósito, dos componentes y tres actividades, con su respectivo indicador, medio de verificación y supuesto para cada nivel.

CAPÍTULO 18. SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN ENFERMERÍA

Registros clínicos, historia clínica electrónica e indicadores

Competencias

1. Definir el concepto de sistema de información en salud y su relación con la gestión del cuidado.

2. Explicar la estructura y las funciones de la historia clínica electrónica.

3. Analizar los criterios de calidad de los registros clínicos de enfermería.

4. Aplicar lenguajes enfermeros estandarizados (NANDA-NIC-NOC) al diseño de un registro clínico.

5. Explicar el concepto de interoperabilidad y su relevancia para la continuidad del cuidado.

6. Identificar indicadores de calidad del registro clínico de enfermería.

7. Analizar las barreras de apropiación tecnológica en la implementación de sistemas de información.

8. Valorar el estado de la digitalización en salud en el Ecuador y sus implicaciones para la enfermería.

Introducción

El cuidado de enfermería que no se registra, en un sentido profesional y legal estricto, no puede demostrarse

que haya ocurrido. Esta afirmación, aparentemente severa, resume la importancia de los sistemas de

información en enfermería: no son un apéndice burocrático de la práctica clínica, sino el medio a través del

cual esa práctica se documenta, se comunica entre profesionales, se audita, se convierte en indicadores de

gestión, y se protege legalmente tanto al paciente como al propio profesional que la ejecutó. Este capítulo

cierra la Sección II de la obra precisamente porque los sistemas de información atraviesan de manera

transversal todas las funciones administrativas desarrolladas en los capítulos anteriores: son el soporte técnico

de la gestión por procesos, el insumo de los indicadores de planificación y control, y el registro legal que sustenta la responsabilidad profesional.

El capítulo desarrolla, con evidencia actualizada, los fundamentos de la historia clínica electrónica, los componentes y criterios de calidad del registro clínico de enfermería, la incorporación de lenguajes enfermeros estandarizados como NANDA-NIC-NOC, el concepto de interoperabilidad y su relación con la continuidad del cuidado, las barreras de apropiación tecnológica documentadas en la literatura reciente, y el estado actual de la transformación digital en salud en el Ecuador.

Fundamentos de los sistemas de información en salud

Un sistema de información en salud reúne los componentes interrelacionados que recolectan, procesan, almacenan y distribuyen información para apoyar la toma de decisiones y el control de una institución de salud. Este concepto general se despliega en múltiples subsistemas particulares, administrativos, financieros, clínicos, epidemiológicos, entre los cuales la historia clínica electrónica y el registro clínico de enfermería ocupan un lugar central para la práctica cotidiana del cuidado.

Su relación con los capítulos anteriores de esta obra es directa: la gestión por procesos desarrollada en el Cap. 4 requiere de sistemas de información que documenten el flujo de cada proceso; los indicadores de planificación y control del Cap. 9 se nutren de los datos que estos sistemas producen; y la calidad de gestión de insumos y presupuesto desarrollada en los Caps. 15 y 16 depende, cada vez más, de registros digitales que sustituyan a los procesos manuales propensos a error documentados en capítulos previos de esta obra.

La historia clínica electrónica

La historia clínica electrónica (HCE) es el registro digital centralizado que reúne la información clínica de un paciente generada por los distintos profesionales y servicios que participan en su atención, sustituyendo progresivamente al soporte físico en papel. La HCE se relaciona habitualmente con otras aplicaciones especializadas, laboratorio, diagnóstico por imagen, farmacia, y se completa en unidades de alta complejidad, como cuidados intensivos, con soluciones departamentales adaptadas a requerimientos muy específicos de monitorización continua.

La transición de la historia clínica en papel hacia la HCE no es meramente un cambio de soporte: implica una reorganización completa de los flujos de información dentro de la institución, y exige, como se desarrolla en el apartado 3.8, un proceso de apropiación tecnológica por parte del personal que la utiliza, y no solo su disponibilidad técnica formal.

El registro clínico de enfermería

El registro clínico de enfermería es, ante todo, un documento legal y específico de la práctica cuidadora que define y constata todos los procesos e intervenciones dirigidas hacia los pacientes, visibilizando el papel autónomo de enfermería y objetivando de forma permanente los cuidados realizados. Esta función legal conecta directamente con la responsabilidad profesional desarrollada en el Cap. 6: ante un evento adverso o una controversia clínica, el registro constituye, con frecuencia, la evidencia documental principal del cuidado efectivamente brindado.

Un informe completo de cuidados de enfermería debe contener, como mínimo, los datos del paciente y del proceso asistencial, los diagnósticos enfermeros activos y resueltos, los protocolos asistenciales aplicables, los resultados e intervenciones de enfermería correspondientes, y un espacio para información de continuidad del cuidado hacia el siguiente turno o nivel de atención.



Figura 34. Del registro clínico a la toma de decisiones el ciclo de la información

Fuente: Elaboración propia basada en Gòmez-Tores et al. (2025)

Calidad del registro clínico de enfermería

La calidad del registro clínico de enfermería puede evaluarse, según la literatura especializada, en al menos tres dimensiones: la estructura del registro (¿contiene todos los componentes exigidos por la normativa vigente?), la continuidad de los cuidados que refleja (¿permite a otro profesional retomar el caso sin pérdida de información relevante?), y su contribución a la seguridad del paciente (¿documenta de manera oportuna los cambios clínicos relevantes y las intervenciones realizadas frente a ellos?).

Cejudo-Hontiyuelo et al. (2024), en un estudio observacional sobre la documentación de heridas quirúrgicas en una unidad de cirugía general, encontraron que en ningún caso se documentó la herida quirúrgica utilizando el registro específico correspondiente, aunque sí se documentó parcialmente en las notas evolutivas generales de enfermería, y que en el informe de continuidad de cuidados al alta no se reflejó la evaluación de la herida quirúrgica en el 85,5% de los casos analizados.

Los autores concluyen que el registro se realiza de forma incompleta, desigual y poco sistemática, sin utilizar los registros específicos estructurados disponibles, lo que compromete

directamente la continuidad del cuidado en el tránsito hacia la atención ambulatoria posterior al alta.

Este hallazgo es particularmente relevante para la gestión de enfermería porque demuestra que la existencia formal de un instrumento de registro estructurado y disponible en el sistema de información no garantiza, por sí sola, su utilización efectiva por parte del personal asistencial, un patrón que se repite en la evidencia sobre apropiación tecnológica desarrollada en el apartado 3.8.

Indicadores de calidad de los sistemas de información

Al igual que las demás funciones desarrolladas en esta obra, la calidad de los sistemas de información en enfermería requiere de indicadores de monitoreo sistemático.

Entre los más habituales se encuentran: el porcentaje de registros que utilizan el formato o instrumento específico correspondiente (frente al registro narrativo libre no estructurado); el porcentaje de historias clínicas con diagnósticos de enfermería formalmente codificados según taxonomía NANDA-I; el porcentaje de informes de continuidad de cuidados que reflejan adecuadamente los problemas activos del paciente al momento del alta; y, en instituciones con HCE ya implementada, indicadores de uso efectivo del sistema (frecuencia de acceso, tiempo promedio de registro por paciente, tasa de campos obligatorios completados).

Estos indicadores deben interpretarse siempre con la advertencia metodológica señalada en el apartado 3.5: un indicador de disponibilidad tecnológica (¿existe el sistema?) es distinto, y con frecuencia muy diferente en su valor real, de un indicador de apropiación efectiva (¿se usa correctamente el sistema?).



Figura 35. Componentes de un registro clínico de enfermería completo

Fuente: Elaboración propia basada en Gòmez-Torres et al. (2025)

Interoperabilidad y continuidad del cuidado

La interoperabilidad, la capacidad de distintos sistemas de información de intercambiar datos clínicos entre sí de forma comprensible y utilizable, con independencia de dónde fueron generados, constituye uno de los desafíos técnicos más complejos de la digitalización en salud, particularmente en sistemas de salud fragmentados entre proveedores públicos, de seguridad social y privados, como ocurre en buena parte de América Latina.

Sin interoperabilidad, la información generada por enfermería en un nivel de atención (por ejemplo, un centro de salud de primer nivel) puede resultar invisible para el profesional que recibe al mismo paciente en un nivel de mayor complejidad, comprometiendo directamente la continuidad del cuidado desarrollada como principio en el Cap. 8 de esta obra.

Los sistemas de apoyo a la decisión clínica (CDSS), que analizan datos clínicos disponibles en la HCE para generar alertas o recomendaciones, dependen igualmente de un nivel mínimo de interoperabilidad e integridad de los datos registrados para funcionar de manera confiable.

Barreras de apropiación tecnológica

La literatura sobre implementación de sistemas de historia clínica electrónica documenta, de manera consistente, que las barreras de apropiación tecnológica no son principalmente técnicas, sino organizacionales y humanas: interferencia percibida en la relación con el paciente durante

el tiempo de registro, mayor demanda de tiempo durante la fase inicial de adopción, temor a lo desconocido, y una inadecuación entre el diseño del sistema y el flujo real de trabajo del personal asistencial.

Una revisión sistemática sobre los factores que afectan la implementación de historia clínica electrónica entre entidades de salud pública y privada concluye que la implementación centralizada a nivel nacional resulta necesaria, dado que sus beneficios mejoran la calidad de la atención brindada al paciente por los distintos servicios de salud involucrados, pero que estos beneficios solo se materializan cuando se abordan explícitamente las barreras de adopción identificadas, y no únicamente la disponibilidad técnica del sistema.

Seguridad de la información y confidencialidad

La digitalización de los registros clínicos, si bien ofrece ventajas evidentes de accesibilidad y trazabilidad, introduce también riesgos específicos de seguridad de la información que no existían de la misma forma en el soporte físico en papel: accesos no autorizados a gran escala, vulnerabilidades técnicas de los sistemas, y la necesidad de mecanismos robustos de autenticación para acceder a la información clínica de los pacientes.

Esta dimensión técnica se articula directamente con el principio ético y legal de confidencialidad desarrollado en el Cap. 6 de esta obra: el secreto profesional, obligación tanto ética como legal del personal de enfermería, se traduce en el entorno digital en la exigencia de utilizar credenciales personales e intransferibles, cerrar sesión al finalizar el uso de una estación de trabajo compartida, y limitar el acceso a la información estrictamente necesaria para el ejercicio de sus funciones (acceso basado en roles).

Aplicación al contexto ecuatoriano y latinoamericano

El Ecuador inició, a partir de 2023, la implementación de una Agenda de Transformación Digital de Salud con un horizonte hasta 2027, con una inversión inicial de 11,5 millones de dólares dentro de una proyección total de 50 millones de dólares, que incluyó la adquisición de aproximadamente 9.000 computadoras distribuidas en 2.000 centros de salud, y el desarrollo de una historia clínica electrónica orientada a conectar los distintos tipos de fichas médicas utilizadas por los hospitales del IESS, del Ministerio de Salud Pública y del sector privado del país.

Este esfuerzo de armonización responde precisamente al desafío de interoperabilidad desarrollado en el apartado 3.7: durante años, la implementación de la historia clínica electrónica en el Ecuador avanzó de manera fragmentada entre distintas instituciones, con herramientas informáticas dispersas y sin una integración nacional efectiva, una situación que la nueva agenda digital busca revertir mediante un enfoque más centralizado y armonizado de los sistemas de información en salud del país.

Para el profesional de enfermería ecuatoriano y latinoamericano, este proceso de transformación digital en curso representa tanto una oportunidad como una responsabilidad: una oportunidad, porque una HCE verdaderamente interoperable mejoraría sustancialmente la continuidad del cuidado y la disponibilidad de indicadores de gestión desarrollados a lo largo de esta obra; y una responsabilidad, porque la evidencia revisada en este capítulo confirma que la tecnología disponible no garantiza, por sí sola, un registro clínico de calidad, sino que exige de cada profesional un compromiso activo y sostenido con la apropiación efectiva de estas herramientas en su práctica cotidiana.

Síntesis

Los sistemas de información en enfermería, desde el registro clínico individual hasta la historia clínica electrónica institucional, constituyen el soporte documental, legal y de gestión sobre el que se sostiene buena parte de lo desarrollado en esta obra.

La evidencia reciente confirma que la disponibilidad formal de instrumentos de registro estructurados y de tecnología digital no garantiza, por sí sola, su utilización efectiva: la calidad del registro depende de la apropiación tecnológica del personal, de la incorporación de lenguajes enfermeros estandarizados como NANDA-NIC-NOC, y de un compromiso institucional sostenido con la interoperabilidad y la seguridad de la información.

Con este capítulo se cierra la Sección II de la obra: la administración de los servicios de enfermería, desarrollada a lo largo de once capítulos, encuentra en los sistemas de información el hilo conductor que conecta la estructura organizativa, la planificación, la dotación, la gestión financiera y de recursos, con la evidencia documental que sustenta, demuestra y mejora continuamente esa gestión.

Actividades sugeridas para estudiantes

Actividad 1. Auditoría simulada de un registro clínico de enfermería

Modalidad: grupal (3-4 integrantes), evaluable · Duración estimada: 75 minutos

Cada grupo recibe un registro clínico de enfermería simulado (o anonimizado, si las condiciones institucionales lo permiten) y evalúa su calidad según las tres dimensiones desarrolladas en el capítulo (estructura, continuidad, seguridad del paciente), utilizando una lista de verificación breve construida a partir de los componentes descritos en la Figura 18.1. El grupo identifica al menos dos omisiones relevantes y propone una versión corregida de un fragmento del registro.

Actividad 2. Diseño de un registro clínico específico con taxonomía

NANDA-NIC-NOC

Modalidad: individual o parejas, evaluable · Duración estimada: 75 minutos Inspirándose en el caso de Gómez-Torres et al. (2025) sobre el cuidado de heridas, el/la estudiante diseña un registro clínico específico breve para un problema de cuidado distinto (por ejemplo, manejo del dolor posoperatorio o prevención de caídas), incluyendo al menos tres diagnósticos NANDA-I relevantes, sus resultados NOC esperados y sus intervenciones NIC principales, siguiendo la estructura de dimensiones e ítems desarrollada en el capítulo.

SECCIÓN III.

ADMINISTRACIÓN

CLÍNICA DEL CUIDADO

CAPÍTULO 14. EL PAE COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN CLÍNICA: DE LA VALORACIÓN AL PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO

Integración de la gestión de casos y la metodología del Proceso de Atención de Enfermería

Competencias

1. Fundamentar el Proceso de Atención de Enfermería como instrumento de gestión clínica y no únicamente como requisito académico o de registro.
2. Realizar una valoración estructurada, apoyada en un marco teórico explícito, que permita estratificar la complejidad del paciente y priorizar los problemas de cuidado.
3.Formular diagnósticos enfermeros precisos con la taxonomía NANDA-I vigente y vincularlos de forma coherente con resultados NOC e intervenciones NIC.
4. Diseñar, adaptar y evaluar planes de cuidados estandarizados para procesos prevalentes, preservando el juicio clínico individualizado.
5. Integrar la lógica del PAE con la gestión de casos y la transición de cuidados en pacientes de alta complejidad.
6. Utilizar los datos enfermeros estructurados de la historia clínica electrónica para construir indicadores de calidad y tomar decisiones de gestión.

Introducción

Durante buena parte de su historia, el Proceso de Atención de Enfermería fue enseñado como un ejercicio escolar: una secuencia de columnas que el estudiante completaba para aprobar una práctica y que, ya en el servicio, cedía el paso a la nota narrativa y a la lista de tareas. Esa disociación entre el método que se enseña y el que se practica sigue presente en muchos hospitales latinoamericanos.

Una revisión sistemática reciente, firmada por autoras ecuatorianas, identificó como barreras persistentes la escasa formación continua, la sobrecarga de trabajo y la limitación de recursos institucionales, y concluyó que la efectividad del PAE depende de articular formación, tecnología y respaldo organizacional (Prieto-Fuenmayor y Carrazana-Prieto, 2025).

El argumento central de este capítulo es que el PAE alcanza su verdadero valor cuando se lo entiende como una tecnología de gestión clínica. Valorar, diagnosticar, planificar, ejecutar y evaluar

no son solo pasos del razonamiento individual de la enfermera; son también los momentos en los que se generan los datos que permiten medir la carga de trabajo, anticipar complicaciones, coordinar a los equipos y demostrar la contribución de la enfermería a los resultados del sistema.

Para ello se necesitan dos condiciones: un lenguaje común, que hoy proporcionan las clasificaciones NANDA-I, NOC y NIC en sus ediciones más recientes (Herdman et al., 2024; Moorhead et al., 2024; Wagner et al., 2024), y una estructura organizativa capaz de sostener el cuidado más allá de las paredes de una unidad.

Esa segunda condición conecta el PAE con la gestión de casos. Ante el paciente complejo, con pluripatología, dependencia, fragilidad social o transiciones frecuentes entre niveles, el plan de cuidados deja de ser un documento de turno y se convierte en un instrumento de coordinación longitudinal, lectura que respalda la evidencia sobre la gestión de casos liderada por enfermeras y sobre las intervenciones de transición (Sakashita et al., 2025; Villarreal-Granda et al., 2024).

El capítulo recorre ese trayecto desde los fundamentos del PAE hasta la evaluación de resultados, el registro electrónico y los indicadores que convierten el cuidado en información útil para decidir.

Fundamentos del PAE como tecnología de gestión clínica

Del método disciplinar al instrumento de gestión

El PAE es el método propio de la disciplina: un proceso dinámico e iterativo de razonamiento clínico que, en la formulación de la American Nurses Association, comprende seis fases —valoración, diagnóstico, identificación de resultados, planificación, ejecución y evaluación— y permite a la enfermera reconocer y manejar las respuestas humanas ante un problema de salud (Bertocchi et al., 2025; Toney-Butler y Thayer, 2023). En la tradición iberoamericana se mantiene la presentación en cinco etapas, en la que la identificación de resultados queda incluida en la planificación; ambas lecturas son compatibles.

Lo que distingue la mirada de gestión no es una fase adicional, sino el uso que se da a la información producida en cada una. Una valoración estructurada no solo orienta el cuidado de un paciente: alimenta la clasificación por complejidad que determina la dotación de personal. Un diagnóstico enfermero bien formulado no solo justifica una intervención: se ha comportado, en distintos estudios, como predictor de estancia hospitalaria, mortalidad o necesidad de traslado a cuidados intensivos (Bertocchi et al., 2025; Cesare et al., 2025).

Un resultado NOC medido al ingreso y al alta no solo documenta la evolución: se convierte en un indicador de efectividad del servicio.

Esta doble función, clínica y gerencial, explica por qué la evidencia acumulada asocia el uso de terminologías estandarizadas con mejores resultados para pacientes y organizaciones. La revisión sistemática con metaanálisis de Bertocchi et al. (2023) y la revisión de Rodríguez-Suárez et al. (2023), centrada específicamente en el uso combinado de NANDA-I, NIC y NOC, constituyen hoy las síntesis de referencia sobre la efectividad del proceso enfermero estandarizado.

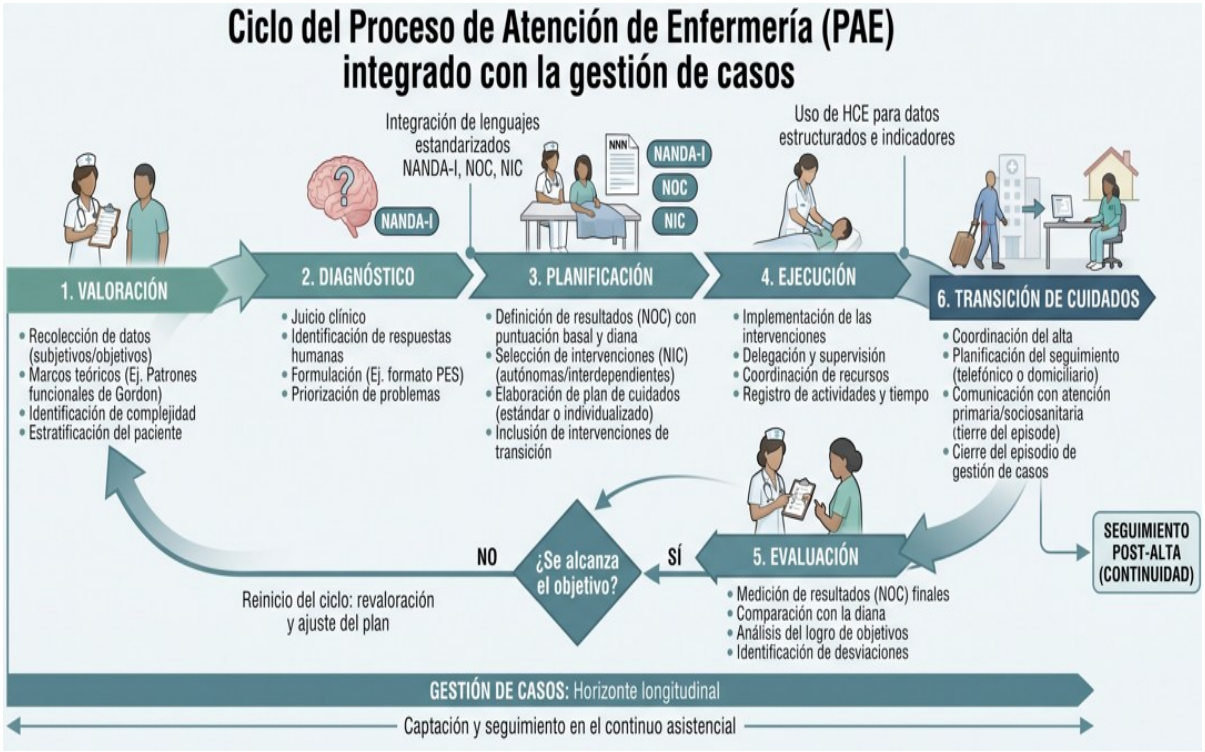


Figura 36. Ciclo del PAE integrado con la gestión de casos

Ámbitos de responsabilidad: el modelo tripartito

La decimotercera edición de NANDA-I profundiza en el modelo tripartito de la práctica enfermera propuesto por Kamitsuru, que distingue entre las intervenciones interdependientes, sustentadas en estándares médicos u organizacionales, y las intervenciones autónomas, basadas en estándares propiamente enfermeros (Herdman et al., 2024). Para el gestor, esta distinción es práctica: permite delimitar qué parte del plan responde a órdenes y protocolos compartidos, qué parte depende del juicio independiente de la enfermera y, por tanto, qué resultados pueden atribuirse con legitimidad a la intervención enfermera.

Un plan de cuidados que mezcla sin criterio ambos ámbitos produce registros extensos, poco discriminantes y difíciles de auditar. Uno que los separa con claridad facilita la delegación, la asignación de cargas y la evaluación del desempeño.

Valoración: de la recolección de datos a la estratificación del caso

Marcos de valoración y su integración con la historia clínica

La valoración es la etapa que más condiciona la calidad de todo el proceso: un dato omitido al ingreso rara vez se recupera después, y un diagnóstico construido sobre información incompleta arrastra intervenciones mal dirigidas. Por ello, la recomendación actual es que la valoración se apoye en un marco teórico explícito y no en la intuición o en la costumbre del servicio.

La edición 2024–2026 de NANDA-I adopta los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon como marco de valoración para orientar la recogida de datos relevantes y aumentar la precisión diagnóstica (Herdman et al., 2024). El análisis secundario de 53 estudios realizado por Bertocchi et al. (2025) confirma esa preferencia: los once patrones funcionales fueron el marco más utilizado, casi siempre combinado con diagnósticos NANDA-I, mientras que el modelo de necesidades de Virginia Henderson apareció de forma aislada y con menor integración en sistemas electrónicos.

El mismo trabajo advierte, sin embargo, que la mayoría de las investigaciones no describe con precisión el instrumento de valoración utilizado, y que solo alrededor de un tercio declaró emplear historia clínica electrónica.

Para la gestión, la consecuencia es directa: la institución debe decidir qué marco de valoración adopta, traducirlo en una plantilla estructurada dentro de la historia clínica y formar al personal en su uso homogéneo. Una plantilla bien diseñada reduce la variabilidad entre profesionales, acorta el tiempo de registro y garantiza que los datos queden disponibles para análisis posteriores.

Valoración focalizada, escalas y estratificación de la complejidad

A la valoración general se suma la valoración focalizada, que profundiza en los problemas detectados mediante escalas validadas: riesgo de caídas, riesgo de lesión por presión, dependencia funcional, estado nutricional, dolor o sobrecarga del cuidador. Estas escalas cumplen una función doble. En lo clínico, aportan características definitorias y factores de riesgo objetivos para el diagnóstico. En lo gerencial, permiten estratificar a la población atendida.

La estratificación es el puente natural hacia la gestión de casos. Un paciente con dependencia severa, polimedicación, ingresos repetidos en el último año y un cuidador con signos de agotamiento no presenta la misma necesidad de coordinación que otro con un proceso agudo autolimitado. Identificarlo al ingreso permite activar de forma temprana a la enfermera gestora de casos, planificar el alta desde el primer día y asignar recursos con criterio. La valoración, entendida así, es ya una decisión de gestión.

Diagnóstico confirmatorio y razonamiento clínico

Estructura del diagnóstico con la taxonomía vigente

El diagnóstico enfermero es el núcleo intelectual del proceso: transforma datos dispersos en un juicio que justifica la acción. La decimotercera edición de NANDA-I (2024–2026) incorporó 56 diagnósticos nuevos y revisó 123, además de modificar la estructura axial de la clasificación y endurecer los criterios de nivel de evidencia exigidos para incluir nuevas etiquetas (Herdman et al., 2024).

Este dato no es menor para las instituciones: los planes estandarizados y los catálogos de la historia clínica construidos sobre ediciones anteriores deben revisarse para no perpetuar etiquetas retiradas o definiciones desactualizadas.

En la práctica, se distinguen tres tipos de diagnóstico: los focalizados en el problema, que se apoyan en características definitorias y factores relacionados; los de riesgo, que se sustentan en factores de riesgo y en la identificación de poblaciones vulnerables; y los de promoción de la salud, que expresan la disposición de la persona a mejorar su bienestar.

El formato PES (problema, etiología, signos y síntomas) sigue siendo una herramienta didáctica útil para comprobar que el enunciado está completo y que las intervenciones se dirigen a la etiología y no solo a las manifestaciones.

Precisión diagnóstica y fiabilidad

Un diagnóstico impreciso desencadena intervenciones inadecuadas y resultados mal interpretados. La revisión de Bertocchi et al. (2025) muestra que la concordancia entre enfermeras al formular diagnósticos osciló entre el 47 % y cerca del 98 % según el estudio, una variabilidad que los autores atribuyen a diferencias de formación, contexto y experiencia clínica. Para el gestor, esa cifra es una alerta: sin calibración entre profesionales, los datos diagnósticos agregados de un servicio pueden reflejar más la variabilidad del registrador que la realidad del paciente.

Las estrategias para mejorar la precisión son conocidas y combinables: formación continua basada en casos, sesiones de consenso diagnóstico, auditorías periódicas de registros y sistemas de apoyo a la decisión integrados en la historia clínica. En el ámbito formativo, un estudio antes-después comparó el registro en papel con un sistema electrónico de apoyo a la decisión clínica y analizó su efecto sobre la precisión diagnóstica de estudiantes de enfermería (Bertocchi et al., 2024).

Más recientemente, se han explorado modelos de aprendizaje automático para apoyar la identificación de diagnósticos como el dolor crónico (Macrì et al., 2025) o para jerarquizar diagnósticos según su capacidad de predecir el traslado a cuidados intensivos (Cesare et al., 2025). Estas herramientas no sustituyen el juicio clínico; lo hacen más visible y verificable.

Planificación: resultados NOC, intervenciones NIC y planes estandarizados

Resultados NOC: medir antes de intervenir

La planificación comienza por definir qué se espera lograr. La séptima edición de la Clasificación de Resultados de Enfermería reúne 612 resultados, 82 de ellos nuevos, cada uno con definición, indicadores codificados y escalas Likert de cinco puntos que permiten puntuar el estado de la persona en un continuo (Moorhead et al., 2024). Esta estructura obliga a una disciplina útil: registrar una puntuación basal al inicio, fijar una puntuación diana realista para un plazo determinado y volver a medir en la evaluación.

Sin puntuación basal no hay forma de demostrar cambio; sin diana, no hay forma de juzgar si el cambio fue suficiente.

Conviene seleccionar pocos resultados y pocos indicadores por diagnóstico, priorizando los más sensibles a la intervención enfermera. Un plan con quince indicadores que nadie puntúa tiene menos valor que uno con tres que se miden en cada turno.

Intervenciones NIC: del enunciado a la actividad

La octava edición de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería describe 614 intervenciones, 60 de ellas nuevas, junto con las actividades que las concretan, las intervenciones nucleares por especialidad y estimaciones del tiempo y del nivel formativo requeridos para realizarlas (Wagner et al., 2024). Estas dos últimas informaciones son especialmente valiosas para el gestor, porque permiten aproximar la carga de trabajo asociada a un plan y decidir qué actividades pueden delegarse en personal auxiliar bajo supervisión.

La selección de intervenciones debe responder a tres preguntas: si actúan sobre la etiología o los factores de riesgo identificados, si existe evidencia de su efectividad y si son factibles con los recursos del servicio. Las actividades elegidas se individualizan en frecuencia, responsable y momento.

El plan de cuidados estandarizado

El plan estandarizado agrupa, para un proceso o población definidos, los diagnósticos, resultados e intervenciones de aparición más probable. Su ventaja es evidente: reduce la variabilidad injustificada, acelera el registro, facilita la formación del personal nuevo y genera datos comparables entre unidades. Su riesgo también lo es: convertirse en una plantilla que se marca sin pensar. Por eso, todo plan estandarizado debe incluir un espacio explícito para añadir diagnósticos no previstos, desactivar los que no proceden y ajustar actividades.

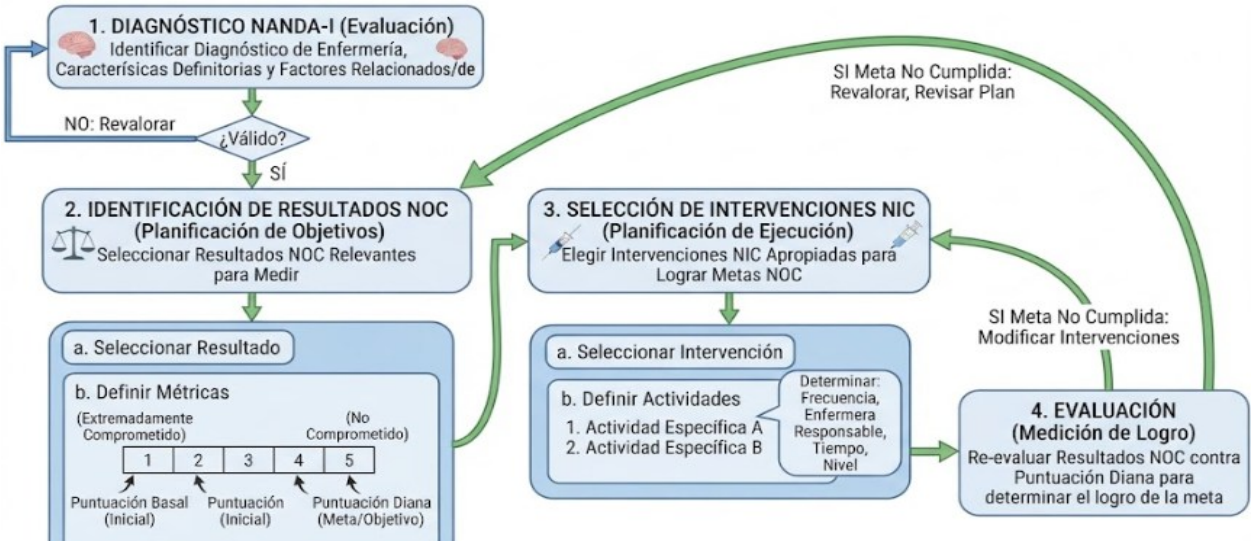


Figura 37. Lógica de enlace NANDA-I, NOC y NIC en un plan estandarizado

Fuente: Elaboración propia a partir de Herdman et al. (2024), Moorhead et al. (2024) y Wagner et al. (2024).

Transición de cuidados: lo que dice la evidencia reciente

El momento de mayor riesgo para el paciente complejo es el paso del hospital al domicilio.

Un metaanálisis de 16 ensayos clínicos aleatorizados sobre intervenciones de transición lideradas por enfermeras en adultos dados de alta de hospitales de agudos encontró una reducción significativa de los reingresos cuando el seguimiento superaba las doce semanas (RR = 0,67; IC 95 %: 0,49–0,92; certeza moderada) y de las visitas a urgencias (RR= 0,63; IC 95 %: 0,49–0,81; certeza alta), además de mejoras en la calidad de vida (Sakashita et al., 2025).

Los componentes más frecuentes de las intervenciones fueron el seguimiento telefónico, la educación del paciente, el apoyo al autocuidado, la planificación del alta y las visitas domiciliarias. Para el gestor, este hallazgo tiene una lectura operativa: el plan de cuidados no termina con el alta. Debe incluir, desde el ingreso, las intervenciones de transición y los resultados que se medirán en el seguimiento, y debe asignar con claridad quién realizará cada contacto posterior. Los autores del metaanálisis advierten, no obstante, la heterogeneidad de las intervenciones y de las poblaciones estudiadas, lo que aconseja adaptar los programas al contexto local y evaluarlos con indicadores propios.

Ejecución, evaluación, registro electrónico e indicadores

Ejecución y delegación

La ejecución convierte el plan en actividad. Desde la gestión, sus problemas habituales no son técnicos sino organizativos: actividades planificadas que no se realizan por falta de tiempo, tareas delegadas sin supervisión y cuidados que se prestan pero no se registran. La información sobre tiempo estimado y nivel formativo que acompaña a cada intervención NIC (Wagner et al., 2024) permite planificar la distribución de actividades entre enfermeras y personal auxiliar con un criterio explícito, y contrastar la carga planificada con la dotación real del turno.

Cuando la diferencia es sistemática, el problema deja de ser individual y pasa a ser de dotación

Evaluación con resultados NOC

La evaluación cierra el ciclo y, a la vez, lo reinicia. Consiste en volver a puntuar los indicadores NOC seleccionados y compararlos con la puntuación basal y la diana. Para facilitar el análisis agregado, se propone a efectos didácticos expresar el cambio y el grado de logro de la siguiente forma, donde P_ b es la puntuación basal, P_f la final y P_d la diana:

Un logro inferior al esperado obliga a revisar la cadena completa: si el diagnóstico era correcto, si las intervenciones actuaban sobre la etiología, si se ejecutaron con la frecuencia prevista y si la diana era realista. Esta revisión, documentada, es la que transforma el registro en aprendizaje clínico.

Registro electrónico y datos enfermeros estructurados

Las historias clínicas electrónicas suelen recoger bien las tareas de enfermería, pero con frecuencia dejan fuera su componente intelectual: diagnósticos, resultados e intervenciones. La incorporación de terminologías estandarizadas a la historia clínica busca corregir esa invisibilidad. Rossi et al. (2023) analizaron qué conocimiento enfermero queda efectivamente capturado en estos registros,

y una revisión de alcance reciente sistematizó la importancia del registro electrónico de enfermería y los beneficios de integrarlo en los sistemas de información sanitaria (Taneva et al., 2024).

La ventaja del dato estructurado es que puede reutilizarse. Un estudio multicéntrico implementó una herramienta de prevención de caídas basada en inteligencia artificial apoyada en terminologías enfermeras estandarizadas y evaluó su efecto sobre los resultados de los pacientes (Cho et al., 2023). Estas experiencias muestran el horizonte hacia el que se mueve la gestión clínica: sistemas que, a partir de lo que la enfermera valora y diagnostica, alertan del riesgo y sugieren intervenciones.

Ese horizonte, sin embargo, depende de algo muy básico: que el registro sea completo, preciso y homogéneo.

Indicadores para la gestión del cuidado

Los datos del PAE permiten construir indicadores de estructura, proceso y resultado. La Tabla 19.2 propone un conjunto mínimo que cualquier unidad puede adaptar.

Los indicadores asociados al proceso de atención de enfermería permiten observar aspectos del registro, la ejecución y la evaluación del cuidado. Conviene interpretarlos junto con el contexto clínico y la calidad de los datos disponibles, evitando asumir que un mejor registro equivale automáticamente a un mejor resultado asistencial.

Barreras de implementación en el contexto ecuatoriano

Ninguna de estas herramientas funciona si persisten las barreras descritas al inicio del capítulo: formación insuficiente en el método, sobrecarga laboral, resistencia al cambio y falta de recursos tecnológicos (Prieto-Fuenmayor y Carrazana-Prieto, 2025). La respuesta debe ser institucional y combinar formación continua con metodologías activas, simulación, estudio de casos, auditoría formativa, plantillas electrónicas que reduzcan el tiempo de registro, dotaciones coherentes con la carga real y un liderazgo enfermero que use los datos del PAE para decidir.

Cuando el personal comprueba que lo que registra sirve para algo, la adherencia al método deja de ser una exigencia y se convierte en práctica.

Síntesis

El Proceso de Atención de Enfermería es, al mismo tiempo, el método de razonamiento clínico de la disciplina y una fuente privilegiada de información para la gestión. Su valor gerencial depende de la calidad con que se ejecuta cada etapa: una valoración estructurada sobre un marco explícito, como los patrones funcionales de salud; diagnósticos precisos formulados con la taxonomía

NANDA-I vigente y calibrados entre profesionales; resultados NOC medidos con puntuación basal y diana; e intervenciones NIC seleccionadas por su efecto sobre la etiología y por su factibilidad.

El plan de cuidados estandarizado es la herramienta que permite trasladar ese rigor a la escala de un servicio, siempre que se construya con evidencia, se valide con quienes lo usarán y conserve espacio para la individualización.

La gestión de casos extiende esa lógica en el tiempo y entre niveles asistenciales: para el paciente complejo, el plan deja de ser un documento de episodio y se convierte en un instrumento de coordinación, cuyo momento crítico es la transición al domicilio, donde la evidencia reciente respalda las intervenciones lideradas por enfermeras.

Finalmente, el registro electrónico estructurado convierte el cuidado en datos reutilizables para construir indicadores, apoyar decisiones e incluso alimentar sistemas predictivos. Nada de ello es posible sin superar las barreras clásicas de formación, tiempo y recursos, y sin un liderazgo que devuelva al personal el sentido de lo que registra.

CAPÍTULO 15. CLASIFICACIÓN DE PACIENTES Y ASIGNACIÓN DEL CUIDADO SEGÚN COMPLEJIDAD

Competencias

1. Diferenciar los conceptos de complejidad, dependencia, agudeza y carga de trabajo, y explicar por qué el número de camas no es un criterio suficiente para dotar una unidad.
2. Seleccionar y aplicar instrumentos de clasificación de pacientes adecuados al tipo de unidad, reconociendo sus alcances y limitaciones.
3. Transformar los resultados de la clasificación en horas de cuidado y en necesidades de dotación por turno.
4. Elegir el modelo de asignación del cuidado y la mezcla de competencias más coherentes con el perfil de complejidad de los pacientes.
5. Interpretar la evidencia que vincula la dotación de enfermería con la mortalidad, los eventos adversos y el cuidado omitido.
6. Proponer un plan de implementación, validación y evaluación de un sistema de clasificación en una unidad hospitalaria.

Introducción

En muchos hospitales de la región, la planilla de enfermería todavía se calcula con una regla simple: tantas enfermeras por tantas camas. La regla tiene la virtud de la sencillez y el defecto de ignorar lo esencial. Dos salas de treinta camas pueden demandar cargas de trabajo completamente distintas si en una predominan pacientes autónomos en espera de un procedimiento y en la otra personas encamadas, con dispositivos invasivos y riesgo de deterioro. La cama es una unidad de infraestructura; el cuidado se mide en necesidades.

La clasificación de pacientes surge para cerrar esa brecha. Su propósito es estimar, con criterios explícitos y reproducibles, cuánto cuidado necesita cada persona y de qué tipo, de modo que la jefatura pueda decidir cuántos profesionales se requieren, con qué competencias y cómo distribuir entre ellos a los pacientes.

En el capítulo anterior se mostró que el Proceso de Atención de Enfermería genera la información clínica sobre la que se construye el plan de cuidados; aquí se verá cómo esa misma valoración, sintetizada en categorías de complejidad, se convierte en la base de la dotación y de la asignación.

La cuestión no es administrativa en sentido estrecho. La evidencia reciente confirma, con diseños longitudinales y grandes bases de datos, que trabajar por debajo de la dotación necesaria se asocia con más muertes, reingresos y estancias prolongadas (Saville et al., 2025; Zaranko et al., 2023), y que la carga de trabajo elevada en cuidados intensivos se relaciona con mortalidad y eventos adversos (Ross et al., 2023).

En Ecuador, una revisión sistemática elaborada en la Universidad Técnica de Ambato identificó una carga de trabajo elevada en las unidades de cuidados intensivos, atribuida a la falta de personal, a su distribución inadecuada y al volumen de ingresos (Chicaiza Cruz y Velasco Acurio, 2023).

Fundamentos: complejidad, dependencia y carga de trabajo

La planificación del cuidado se apoya en tres conceptos emparentados pero distintos. La dependencia describe cuánta ayuda necesita la persona para alimentarse, movilizarse, asearse o eliminar. La agudeza expresa la gravedad clínica y la inestabilidad: un paciente puede ser autónomo para caminar y, sin embargo, requerir vigilancia hemodinámica estrecha. La complejidad integra ambas y añade el componente intelectual del cuidado: el juicio clínico necesario para valorar, anticipar complicaciones, coordinar con otros profesionales y educar a la familia.

La distinción tiene consecuencias prácticas. Un paciente muy dependiente pero estable puede ser atendido en buena parte por personal auxiliar bajo supervisión; un paciente autónomo pero inestable exige una enfermera profesional con capacidad de detección temprana. Confundir dependencia con complejidad conduce a asignar personal con la cantidad correcta pero con las competencias equivocadas.

20.1.2 La carga de trabajo como medida integradora

La carga de trabajo traduce esas necesidades en tiempo. Incluye el cuidado directo (procedimientos, higiene, administración de medicamentos, vigilancia), el cuidado indirecto (registro, coordinación, preparación de material, comunicación con la familia) y las actividades de la unidad que no dependen de un paciente concreto. Una revisión de alcance sobre el Nursing Activities Score recuerda que la carga de trabajo puede analizarse desde dimensiones físicas, psicológicas y ambientales, y que sus

determinantes no son solo las características del paciente, sino también las de la institución, la organización del trabajo y el propio equipo (Cruz-López et al., 2023).

Esta visión amplia explica por qué dos unidades con pacientes de gravedad similar pueden registrar cargas distintas: la disposición física, la disponibilidad de insumos, la calidad de los sistemas de información o el número de ingresos y altas por turno modifican el tiempo real que consume el cuidado. La clasificación de pacientes captura bien la demanda que genera la persona; la gestión debe completar el cuadro con los factores organizativos.

Sistemas e instrumentos de clasificación de pacientes

Los sistemas de clasificación pueden agruparse en dos grandes familias. Los prototípicos describen perfiles de paciente para cada categoría, cuidados mínimos, intermedios, de alta dependencia, semiintensivos e intensivos, y el profesional ubica a cada persona en el perfil que mejor la representa. Los factoriales puntúan indicadores críticos (estado mental, oxigenación, signos vitales, movilidad, alimentación, eliminación, terapéutica, entre otros) y suman las puntuaciones para obtener la categoría. Los primeros son rápidos y fáciles de enseñar; los segundos son más objetivos y facilitan la auditoría.

Una segunda distinción separa los instrumentos que miden el tiempo de cuidado de forma directa de los que lo infieren a partir de la gravedad o de las intervenciones terapéuticas.

En cuidados intensivos, los instrumentos de primera generación, como el TISS-28 o el NEMS, se construyeron desde una lógica médica de intervenciones terapéuticas; según la literatura revisada por Chicaiza Cruz y Velasco Acurio (2023), el TISS-28 apenas recogía alrededor de un tercio de las actividades que realiza enfermería, mientras que el Nursing Activities Score abarca cerca del 81 % de esa carga.

El NAS es hoy el instrumento de referencia en cuidados críticos. Comprende 23 ítems agrupados en actividades básicas (monitorización, higiene, movilización, apoyo a la familia, tareas administrativas) y soportes ventilatorio, cardiovascular, renal, neurológico y metabólico, además de intervenciones específicas.

Su puntuación expresa el porcentaje del tiempo de una enfermera en 24 horas que demandó el paciente: 100 puntos equivalen a la dedicación completa de una profesional, cada punto representa aproximadamente 14,4 minutos y la suma puede superar el 100 % (Chicaiza Cruz y Velasco Acurio, 2023; Cruz-López et al., 2023).

De esa lógica se desprende su utilidad para la dotación. Un paciente con 50 puntos consume la mitad del tiempo de una enfermera, de modo que, en teoría, una profesional podría atender a dos

pacientes de ese nivel; si la suma de puntuaciones de la unidad alcanza 350, se necesitan 3,5 enfermeras trabajando de forma continua en el periodo (Chicaiza Cruz y Velasco Acurio, 2023).

La revisión de alcance de Cruz-López et al. (2023), que analizó 87 publicaciones, encontró puntuaciones medias superiores al 50 % en la mayoría de los estudios, lo que indica que en muchos contextos una enfermera de cuidados intensivos difícilmente puede asumir más de un paciente por turno sin sobrecarga. La revisión sistemática de Ross et al. (2023), con 32 estudios, confirmó que el NAS fue el instrumento más empleado para medir la carga de trabajo en cuidados intensivos.

El instrumento no está exento de limitaciones. Su validación facial en servicios latinoamericanos mostró ítems que los profesionales locales no consideran esenciales porque otras disciplinas asumen esas tareas, lo que obliga a adaptarlo al contexto antes de usarlo para decisiones de personal (Chicaiza Cruz y Velasco Acurio, 2023). Además, fue concebido para cuidados críticos; su extrapolación a salas de hospitalización general debe hacerse con cautela.

En las salas de medicina, cirugía o pediatría predominan instrumentos factoriales basados en la dependencia y en la necesidad de vigilancia, que clasifican a los pacientes en cuatro o cinco categorías de cuidado. En América Latina tienen amplia difusión los modelos de origen brasileño que distinguen cuidados mínimos, intermedios, de alta dependencia, semiintensivos e intensivos, y que asignan a cada categoría un número de horas de enfermería por día.

Con independencia del instrumento elegido, la institución debe comprobar su validez en la población local, su fiabilidad entre evaluadores y su capacidad de discriminar entre categorías antes de vincularlo con la dotación.

De la clasificación a la dotación: cálculo de personal

La clasificación solo adquiere valor de gestión cuando se traduce en personal. La secuencia es la que se representa en la Figura 20.1: se clasifica a cada paciente, se agrupan los pacientes por categoría, se multiplica el número de pacientes de cada categoría por las horas de cuidado que la institución ha establecido para ella, se suman las horas de la unidad y se convierten en profesionales, ajustando por la jornada contractual y

Fórmulas de trabajo

Para efectos didácticos, el cálculo puede expresarse en dos pasos. Primero, las horas de enfermería requeridas en 24 horas (HR) se obtienen sumando, para cada categoría i, el número de pacientes (n_i) por las horas asignadas a esa categoría (h_i).

Después, el personal necesario (P) se calcula dividiendo las horas semanales requeridas entre la

jornada semanal de cada profesional (J) y aplicando un índice de seguridad técnica (IST) que compensa el tiempo no disponible: HR = \sum_{i} n_i \times h_i \qquad P = \frac{HR \times 7}{J} \times (1 + IST)

En cuidados intensivos, cuando se usa el NAS, el razonamiento es más directo: la suma de las puntuaciones de todos los pacientes, dividida entre 100, aproxima el número de enfermeras que deben estar presentes de forma continua durante las 24 horas (Chicaiza Cruz y Velasco Acurio, 2023). Ese valor se distribuye luego entre los turnos y se convierte en plantilla anual con el mismo ajuste por jornada e índice de seguridad.

Las horas por categoría (h_i), la jornada y el índice de seguridad no son universales; dependen de la normativa laboral de cada país, del perfil de la institución y de la proporción de cuidado indirecto que asumen otros profesionales. Por ello, cualquier cifra tomada de otra realidad debe validarse localmente antes de convertirse en estándar.

Del cálculo a la distribución por turnos

La demanda de cuidado no es homogénea a lo largo del día: los ingresos, las altas, los procedimientos y la administración de medicamentos se concentran en franjas horarias determinadas. Distribuir la plantilla en proporciones fijas por turno, sin considerar esa variación, genera turnos sobrecargados y otros con holgura. La recomendación es clasificar a los pacientes al menos una vez por día, idealmente antes de planificar el turno siguiente, y disponer de mecanismos flexibles, como equipos volantes o reasignación entre unidades, para responder a la variabilidad.

La literatura revisada identifica el volumen de ingresos como uno de los factores que elevan la carga de trabajo, y señala que la puntuación NAS tiende a ser mayor en el momento del ingreso (Chicaiza Cruz y Velasco Acurio, 2023; Cruz-López et al., 2023); la rotación de pacientes es, por tanto, un componente que los instrumentos centrados en el paciente individual no siempre capturan.

Modelos de asignación del cuidado y mezcla de competencias

20.4.1 Los cuatro modelos clásicos

Una vez definida la dotación, la jefatura debe decidir cómo se reparte el trabajo. La literatura describe cuatro modelos de organización del cuidado (Gonçalves et al., 2023):

1. **Funcional:** el trabajo se divide por tareas (una enfermera administra la medicación, otra realiza curaciones, otra controla signos vitales). Es eficiente para tareas repetitivas, pero fragmenta la atención y diluye la responsabilidad sobre el paciente.
2. **Por equipos:** una enfermera líder coordina a un grupo de profesionales y auxiliares que

atiende a un conjunto de pacientes. Facilita la supervisión de personal con menos experiencia y aprovecha la mezcla de competencias.

3. **Cuidado total del paciente:** cada enfermera asume la atención integral de un grupo de pacientes durante su turno. Favorece la continuidad dentro del turno, pero no necesariamente entre turnos.
4. **Enfermería primaria:** una enfermera es responsable de valorar, planificar y evaluar el cuidado de un paciente durante toda la estancia, aunque delegue la ejecución en otros miembros del equipo cuando no está presente.

La asignación según complejidad

La clasificación no solo determina cuántas personas se necesitan; orienta también quién atiende a quién. Los pacientes con baja complejidad y dependencia pueden agruparse en asignaciones amplias; los de alta dependencia pero clínicamente estables admiten mayor participación del personal auxiliar bajo supervisión; los de alta complejidad clínica requieren enfermeras profesionales con razones paciente-enfermera bajas, y los que combinan ambas condiciones demandan cuidado intensivo con la mayor concentración de competencias.

Al construir la asignación de cada turno conviene considerar, además, la proximidad física de los pacientes, la continuidad con la enfermera que los atendió en días previos, la experiencia de cada profesional y la carga cognitiva acumulada: varios pacientes inestables en manos de una sola enfermera aumentan el riesgo aunque la suma de horas parezca razonable.

Mezcla de competencias: el límite de la sustitución

Ante la escasez de enfermeras profesionales, una tentación frecuente es compensar con más personal auxiliar. La evidencia reciente advierte contra esa estrategia. En tres hospitales del Servicio Nacional de Salud inglés, la proporción de horas cubiertas por enfermeras profesionales se asoció con la mortalidad hospitalaria, mientras que la dotación de auxiliares y de personal temporal de agencia no mostró esa asociación (Zaranko et al., 2023).

Un análisis posterior de los mismos autores encontró efectos adversos sobre la mortalidad cuando faltaban enfermeras con titulación universitaria, concentrados en pacientes con sepsis, y ningún efecto atribuible a la falta de auxiliares (Kelly et al., 2024). El mensaje para la gestión es claro: el personal de apoyo es necesario, pero no sustituye el juicio clínico que solo aporta la enfermera profesional.

Implementación y evaluación en la unidad

Etapas de implementación

Introducir un sistema de clasificación es un proyecto de cambio organizacional que requiere planificación y respaldo directivo. Se propone la siguiente secuencia:

1. Conformar un comité de dotación con enfermeras asistenciales, supervisoras y representantes de la dirección, encargado de conducir el proceso y revisar periódicamente los resultados.
2. Seleccionar el instrumento según el tipo de unidad y verificar que exista una versión adaptada al idioma y al contexto.
3. Capacitar a todo el personal en la aplicación del instrumento mediante casos simulados, hasta alcanzar una concordancia aceptable entre evaluadores.
4. Realizar una prueba piloto de al menos cuatro semanas, clasificando a todos los pacientes cada día y comparando la dotación calculada con la real.
5. Integrar el instrumento en la historia clínica electrónica, de modo que la clasificación se alimente de la valoración enfermera ya registrada y no duplique trabajo; la integración de datos enfermeros estructurados en los registros electrónicos facilita su reutilización para la gestión (Bertocchi et al., 2025).
6. Establecer reglas de decisión explícitas: qué se hace cuando la dotación calculada supera a la disponible (reasignación, refuerzo, restricción de ingresos) y quién lo decide.

Validación y control de calidad

Un sistema de clasificación que no se audita se degrada con rapidez: los profesionales tienden a sobre clasificar cuando perciben sobrecarga o a subclasificar por rutina. Se recomienda auditar una muestra de clasificaciones cada mes, comparando la categoría asignada con la que otorga un evaluador independiente, y revisar anualmente si las horas atribuidas a cada categoría siguen reflejando la práctica real. La participación de las enfermeras asistenciales en esa validación aumenta la credibilidad del sistema y su aceptación.

Indicadores de seguimiento

La lectura conjunta de estos indicadores permite distinguir entre una distribución aparentemente equilibrada y una asignación realmente ajustada a la complejidad. Un promedio aceptable de pacientes por profesional puede ocultar turnos con elevada dependencia o necesidades de

vigilancia. Por ello, el seguimiento requiere comparar categorías de pacientes, dotación efectiva y resultados de seguridad en un mismo período.

Consideraciones para el contexto ecuatoriano

La implementación en hospitales públicos del país enfrenta restricciones conocidas: plantillas definidas por partidas presupuestarias rígidas, alta rotación del personal contratado, sistemas de información fragmentados y una tradición de dotación por camas. Ninguna de ellas invalida la clasificación; al contrario, la hace más necesaria. Disponer de datos sistemáticos de complejidad es el argumento más sólido que una jefatura de enfermería puede presentar para justificar refuerzos, redistribuir personal entre servicios o negociar la creación de partidas.

Sin datos, la discusión sobre dotación se reduce a percepciones; con ellos, se convierte en una decisión de gestión basada en evidencia.

Síntesis

La dotación de enfermería no puede calcularse a partir del número de camas, porque el cuidado se define por las necesidades de las personas y estas varían con la dependencia, la agudeza y la complejidad clínica.

Los sistemas de clasificación de pacientes convierten esas necesidades en categorías y en horas de cuidado; en cuidados intensivos, el Nursing Activities Score se ha consolidado como el instrumento de referencia porque recoge la mayor parte de la actividad enfermera y permite estimar directamente el número de profesionales requeridos, siempre que se adapte al contexto local.

El paso de la clasificación a la dotación exige reglas explícitas sobre horas por categoría, jornada laboral e índice de seguridad, y una distribución por turnos que reconozca la variabilidad de la demanda. La asignación del cuidado, por su parte, debe combinar el modelo organizativo más adecuado a la unidad con una mezcla de competencias que preserve la presencia de enfermeras profesionales: la evidencia reciente muestra que su ausencia se asocia con mayor mortalidad y que el personal auxiliar o temporal no la compensa.

Implementar un sistema de clasificación es, finalmente, una decisión estratégica. Requiere capacitación, validación periódica, integración con la historia clínica electrónica e indicadores que vinculen la dotación con la seguridad del paciente. En el contexto ecuatoriano, donde las restricciones presupuestarias son reales, contar con datos de complejidad es la herramienta más eficaz para defender el cuidado seguro.

Actividades para estudiantes

Actividad 1. Cálculo de dotación a partir de la clasificación

Objetivo. Aplicar la secuencia clasificación–horas–personal en una unidad simulada.

Situación. Una sala de medicina interna de 28 camas presenta, en un día típico, la siguiente distribución: 8 pacientes de cuidados mínimos, 10 de cuidados intermedios, 7 de alta dependencia y 3 semiintensivos. La institución ha fijado, para fines del ejercicio, 4, 6, 10 y 10 horas de enfermería por paciente-día, respectivamente; la jornada semanal es de 40 horas y el índice de seguridad técnica, del 15 %.

Consignas.

1. Calcule las horas de enfermería requeridas en 24 horas y el personal total necesario con las fórmulas del apartado 20.3.2.

Proponga una distribución entre enfermeras profesionales y auxiliares, y otra por turnos, justificando cada decisión con la evidencia sobre mezcla de competencias.

Suponga que ese día solo se dispone del 80 % del personal calculado: identifique qué cuidados estarían en mayor riesgo de omisión y qué medidas de contingencia adoptaría la jefatura.

Producto. Informe de tres a cuatro páginas con los cálculos y la argumentación. **Criterios de evaluación:** exactitud del cálculo, coherencia de la distribución, uso de evidencia citada en formato APA 7 y pertinencia de las medidas de contingencia.

Actividad 2. Aplicación y concordancia de un instrumento de clasificación

Objetivo. Experimentar la aplicación de un instrumento y valorar su fiabilidad entre evaluadores.

Consignas.

1. En parejas y con autorización del servicio de prácticas, clasifiquen de forma independiente a diez pacientes con el instrumento que utilice la unidad (o con el NAS, si se trata de cuidados intensivos).

Comparen las clasificaciones y calculen el porcentaje de concordancia; analicen los ítems en los que difirieron y las razones.

Contrasten la dotación que resultaría de la clasificación con la dotación real del turno y calculen el índice de adecuación de la Tabla 20.2.

Elaboren dos recomendaciones para mejorar la fiabilidad o la utilidad del sistema en esa unidad.

Producto. Presentación grupal de diez minutos con una matriz de resultados. **Criterios de evaluación:** rigor en la aplicación, análisis de discrepancias, interpretación del índice de adecuación y respeto de la confidencialidad de los pacientes.

CAPÍTULO 16. CONTINUIDAD DEL CUIDADO: ADMISIÓN, TRANSFERENCIA Y ALTA

Competencias

1. Analizar los fundamentos y los conceptos esenciales de continuidad del cuidado: admisión, transferencia y alta en la administración de los servicios de enfermería. 2. Aplicar criterios de gestión basados en evidencia a situaciones relacionadas con el contenido del capítulo. 3. Evaluar decisiones profesionales y sus implicaciones para la calidad del cuidado y la seguridad del paciente.

Introducción

Un paciente hospitalizado rara vez permanece en un solo lugar y bajo un solo equipo. Ingresa por emergencia, pasa a una sala, quizá a quirófano o a cuidados intensivos, vuelve a hospitalización y, finalmente, regresa a su domicilio o es derivado a otro establecimiento.

En cada uno de esos pasos cambia la persona que responde por su cuidado y, con ella, el riesgo de que algo se pierda: un resultado pendiente, una alergia no transmitida, un fármaco suspendido sin intención o una indicación que nadie explicó a la familia. La continuidad del cuidado se juega, precisamente, en esas fronteras.

Los capítulos anteriores de esta sección mostraron cómo el Proceso de Atención de Enfermería organiza el cuidado y cómo la clasificación de pacientes orienta la dotación y la asignación. Este capítulo se ocupa de la dimensión temporal del cuidado: cómo se recibe al paciente, cómo se transfiere su atención entre profesionales y servicios, y cómo se prepara su salida. La evidencia reciente confirma que estas transiciones no son trámites administrativos.

Las transferencias repetidas entre salas se asocian con errores de medicación, caídas, infecciones y estancias más largas (Doleman et al., 2026), mientras que las intervenciones de transición lideradas por enfermeras reducen los reingresos y las visitas a urgencias (Sakashita et al., 2025).

El contexto local también lo muestra. En un hospital público de Machala, todos los pacientes quirúrgicos estudiados recibieron un plan de alta de enfermería, pero solo dos tercios lo consideraron adecuado y completo, y casi un tercio percibió una comunicación insuficiente por parte del personal (Escobar Conza et al., 2025). La brecha, por tanto, no está en la existencia de un formato, sino en la calidad del proceso.

Fundamentos de la continuidad del cuidado

Tres formas de continuidad

La literatura distingue tres dimensiones complementarias. La continuidad informativa asegura que los datos relevantes acompañen al paciente: diagnósticos, alergias, tratamientos, resultados pendientes y preferencias. La continuidad de gestión garantiza que los cuidados prestados por distintos profesionales sean coherentes y estén coordinados en un plan común. La continuidad relacional se refiere al vínculo terapéutico sostenido entre la persona y quienes la atienden. En el hospital, las dos primeras dependen en gran medida de enfermería, que es el único grupo profesional presente las 24 horas y el que realiza la mayor parte de los traspasos.

El continuo asistencial como cadena de transiciones

La estancia hospitalaria puede entenderse como una cadena de transiciones: admisión, traspasos entre turnos, transferencias entre unidades, alta y seguimiento posterior (Figura 21.1). Cada eslabón implica un cambio de responsable y, por tanto, un punto en el que la información puede perderse o distorsionarse. La gestión de la continuidad consiste en reducir el número de transiciones innecesarias y en estandarizar las que resultan inevitables.

La revisión de alcance de Doleman et al. (2026), que reunió 13 estudios de cinco países, vinculó las transferencias múltiples entre salas con errores de medicación, estancias más prolongadas, caídas, infecciones asociadas a la atención, eventos adversos, menor probabilidad de alta al domicilio y mayores costos hospitalarios. Los autores sugieren que reducir el número de traslados por ingreso podría mejorar los resultados, aunque advierten que la evidencia todavía es limitada.

Para la jefatura de enfermería, la recomendación práctica es clara: cada traslado debe responder a una necesidad clínica y no a la conveniencia de la ocupación de camas.

Admisión: valoración inicial y planificación temprana del alta

Recepción del paciente

La admisión es el primer contacto del equipo con la persona y su familia, y condiciona la confianza en todo lo que sigue. Comprende la verificación de la identidad con dos identificadores, la orientación sobre la unidad y sus normas, la comprobación de alergias, la revisión de la información recibida del servicio de origen y la incorporación del paciente al sistema de registro.

Aunque buena parte de estas tareas parezcan rutinarias, de ellas depende la seguridad del resto de la estancia: un error de identificación o una alergia no registrada al ingreso se propagan a todas las transiciones posteriores.

Valoración inicial estructurada

La valoración de ingreso es la base del plan de cuidados y de la clasificación de complejidad tratadas en los capítulos 19 y 20. Su utilidad para la continuidad aumenta cuando se registra de forma estructurada en la historia clínica electrónica, con un marco teórico explícito: la revisión de Bertocchi et al. (2025) identificó los patrones funcionales de salud como el marco de valoración más utilizado en los estudios que integran datos enfermeros estandarizados en registros electrónicos.

Una valoración estructurada permite que cualquier profesional que reciba al paciente después encuentre la información en el mismo lugar y con el mismo formato.

Durante la valoración inicial conviene incluir, además, la medicación que la persona tomaba antes del ingreso , obtenida de varias fuentes: paciente, familia, recetas, envases, que será el punto de partida de la conciliación, y una primera identificación de su red de apoyo y de las condiciones del domicilio.

El alta comienza el día del ingreso

La planificación del alta no es una actividad del último día. Desde la admisión pueden identificarse los factores que anticipan un alta difícil: edad avanzada, dependencia funcional, polimedicación, deterioro cognitivo, ausencia de cuidador, vivienda inadecuada o ingresos previos recientes. Reconocerlos al ingreso permite iniciar a tiempo la educación, coordinar con trabajo social, gestionar ayudas técnicas y, en los casos de alta complejidad, activar a la enfermera gestora de casos (Villarreal-Granda et al., 2024). Una fecha estimada de alta, revisada a diario por el equipo, ayuda a orientar todas estas acciones.

Transferencias y traspaso de información

Tipos de transferencia

Las transferencias pueden clasificarse en tres grupos. Los traspasos entre turnos ocurren varias veces al día dentro de la misma unidad. Las transferencias intrahospitalarias implican el traslado físico del paciente entre servicios (de emergencia a hospitalización, de quirófano a recuperación, de cuidados intensivos a sala). Las transferencias interhospitalarias se producen entre establecimientos de distinta complejidad y, en el sistema público ecuatoriano, se articulan mediante los procesos de referencia y contrarreferencia. En todos los casos se transfiere la responsabilidad sobre el paciente, no solo su ubicación.

Comunicación estructurada: la técnica ISBAR

La comunicación verbal no estructurada depende de la memoria y del estilo de cada profesional, y es especialmente vulnerable a omisiones cuando hay interrupciones o presión asistencial. Las técnicas estructuradas ordenan la información en una secuencia fija que ambos interlocutores conocen. La más difundida en enfermería es ISBAR (Figura 21.2): Identificación del profesional y del paciente; Situación actual y motivo del traspaso; Antecedentes relevantes (Background); Evaluación clínica del estado del paciente (assessment), y Recomendación sobre lo que debe hacerse a continuación.

La revisión de alcance de Chaica et al. (2024), centrada en servicios de emergencia, analizó nueve estudios y concluyó que ISBAR proporciona una entrega estandarizada, segura, clara y concisa, que favorece la seguridad del paciente y del profesional, la continuidad y la calidad del cuidado, además del trabajo en equipo y el pensamiento crítico. Los autores advierten, no obstante, que el nivel de evidencia disponible es todavía modesto y que se requieren estudios de mayor calidad.

Traspaso a pie de cama y verificación

Siempre que la situación clínica lo permita, el traspaso entre turnos se recomienda junto al paciente. La entrega a pie de cama permite comprobar en tiempo real la identificación, los dispositivos, el estado de la piel o la permeabilidad de las vías, y da al paciente y a su familia la oportunidad de corregir o completar la información. Debe resguardarse la confidencialidad: los datos sensibles pueden comunicarse fuera de la habitación.

El traspaso termina cuando el profesional que recibe confirma la información, formula sus dudas y acepta formalmente la responsabilidad.

Traslado del paciente crítico

El transporte intrahospitalario del paciente crítico concentra riesgos propios: desconexiones, fallos de equipos, inestabilidad hemodinámica y pérdida de vías o tubos. La revisión de alcance de Pires y Ruivo (2025), con siete estudios publicados entre 2019 y 2023, identificó dos estrategias de enfermería para mejorar la seguridad del traslado: la formación continua del personal y el uso de listas de verificación, y concluyó que su efecto es mayor cuando se aplican de forma conjunta.

En la práctica, la lista de verificación debe cubrir la preparación (estabilidad del paciente, monitorización, oxígeno y baterías suficientes, medicación de urgencia), el acompañamiento por personal competente y la entrega estructurada en el servicio de destino.

Alta y transición al domicilio

Componentes del alta de enfermería

El alta segura integra cinco componentes que deben estar resueltos antes de que la persona abandone la unidad: la valoración de su capacidad para el autocuidado y de los recursos de su entorno; la educación del paciente y del cuidador sobre la enfermedad, los fármacos, la alimentación, la actividad y los signos de alarma; la conciliación de la medicación; la coordinación con el nivel de atención siguiente (centro de salud, atención domiciliaria, otro establecimiento), y el informe de alta de enfermería que resume el estado del paciente, los cuidados prestados, los problemas pendientes y las recomendaciones.

La educación verificada: método de retorno

Entregar información no garantiza que se haya comprendido. El método de retorno (teach-back) invierte la lógica habitual: en lugar de preguntar si la persona entendió, se le pide que explique con sus propias palabras qué hará en casa, lo que permite detectar

malentendidos y corregirlos antes del alta (Mahmoodi, 2025). Es especialmente útil con pacientes de baja alfabetización en salud, con cuidadores que asumirán tareas técnicas y con regímenes de medicación complejos.

El estudio realizado en el Hospital Teófilo Dávila de Machala ilustra por qué esta verificación es necesaria. Aunque el plan de alta se entregó a la totalidad de los 128 pacientes quirúrgicos evaluados, solo el 68 % lo consideró adecuado y completo, y la orientación sobre la dieta llegó apenas al 37,5 %; también fueron deficitarias las indicaciones sobre actividad física, cuidado de la herida y signos de alarma (Escobar Conza et al., 2025). El problema no fue la ausencia del plan, sino la transmisión efectiva de su contenido.

Seguimiento después del alta

La responsabilidad sobre la continuidad no termina en la puerta del hospital. El metaanálisis de Sakashita et al. (2025), que reunió 16 ensayos clínicos aleatorizados, encontró que las intervenciones de transición lideradas por enfermeras redujeron los reingresos cuando el seguimiento superó las doce semanas (RR = 0,67; IC 95 %: 0,49–0,92) y las visitas a urgencias (RR = 0,63; IC 95 %: 0,49–0,81).

El componente más frecuente de esas intervenciones fue el seguimiento telefónico, acompañado de educación para el autocuidado, planificación del alta y visitas domiciliarias. Una llamada estructurada en las primeras 48 a 72 horas tras el alta, centrada en síntomas, medicación y dudas, es una intervención sencilla y de bajo costo que cualquier unidad puede implementar.

Alta del paciente complejo

En las personas con pluripatología, dependencia o fragilidad social, el alta requiere coordinación interdisciplinaria y, a menudo, la intervención de una enfermera gestora de casos que articule los recursos hospitalarios y comunitarios (Villarreal-Granda et al., 2024). En estos casos conviene celebrar una reunión de planificación con el paciente, la familia y los profesionales implicados, acordar por escrito quién asume cada tarea después del alta y confirmar con el centro de salud la fecha del primer control

Seguridad del paciente en las transiciones

Conciliación de la medicación

Las transiciones son el momento en que más discrepancias de medicación se producen: fármacos crónicos que se omiten al ingreso, tratamientos hospitalarios que se mantienen sin indicación al alta o dosis que cambian sin que nadie lo explique al paciente. La conciliación consiste en obtener la lista más completa posible de la medicación previa, compararla con la prescripción vigente en cada transición, aclarar cada diferencia con el prescriptor y documentar el resultado.

Enfermería participa en todas sus fases y suele ser quien compararla con la prescripción vigente en cada transición, aclarar cada diferencia con el prescriptor y documentar el resultado. Enfermería participa en todas sus fases y suele ser quien detecta las discrepancias al administrar o al educar.

Las herramientas electrónicas pueden facilitar este proceso, pero no lo sustituyen. La revisión sistemática de Ciudad-Gutiérrez et al. (2023) identificó doce herramientas electrónicas de conciliación: cuatro redujeron los eventos adversos por medicamentos o las discrepancias, pero

ninguna disminuyó las visitas a urgencias ni los reingresos. Los profesionales consultados pidieron que estas herramientas se integren en los sistemas de prescripción y que sean más fáciles de usar, lo que confirma que su eficacia depende del diseño del flujo de trabajo.

Eventos adversos asociados a las transiciones

Las medidas preventivas cambian según el punto de transición. Durante la admisión importa identificar tempranamente riesgos y necesidades; en las transferencias, la prioridad es transmitir información crítica sin omisiones; al alta, la continuidad depende también de que el paciente y su familia comprendan las indicaciones. Analizar las tres situaciones como un solo proceso ayuda a detectar fallas que quedarían dispersas entre servicios.

Participación del paciente y la familia

El paciente es el único elemento constante a lo largo de todas las transiciones. Involucrarlo, junto con su familia, en los traspasos a pie de cama, en la revisión de su lista de medicamentos y en la planificación del alta convierte a la persona en una salvaguarda adicional frente a los errores. Para ello necesita información comprensible, oportunidades reales de preguntar y un documento escrito que pueda llevar consigo.

Consideraciones para el contexto ecuatoriano

En el sistema público del país, la continuidad entre niveles depende del funcionamiento de la referencia y la contrarreferencia, que con frecuencia se ve afectado por la fragmentación de los sistemas de información, la saturación de los servicios y la escasa retroalimentación desde el primer nivel. El hallazgo de Escobar Conza et al. (2025) , planes de alta universales pero percibidos como incompletos, sugiere que el reto principal no es normativo sino de calidad en la comunicación.

Estrategias de bajo costo, como la entrega estructurada a pie de cama, la educación con método de retorno, el informe de alta estandarizado y la llamada de seguimiento, son factibles en la mayoría de los hospitales y pueden evaluarse con los indicadores de la Tabla 21.2.

Síntesis

La continuidad del cuidado no es una cualidad que el paciente reciba por el simple hecho de estar hospitalizado; es el resultado de gestionar bien cada transición. La admisión establece la información de base y debe iniciar, desde el primer día, la planificación del alta. Los traspasos entre turnos y las transferencias entre unidades o establecimientos requieren comunicación estructurada, como ISBAR, verificación a pie de cama y, en el caso del paciente crítico, listas de verificación y personal

capacitado. Reducir los traslados innecesarios es, en sí mismo, una medida de seguridad.

El alta segura combina la valoración de los recursos del paciente, la educación verificada mediante el método de retorno, la conciliación de la medicación, el informe de alta y la coordinación con el nivel siguiente. La evidencia reciente respalda que el seguimiento liderado por enfermeras después del alta reduce los reingresos y las visitas a urgencias. En el contexto ecuatoriano, donde los planes de alta existen pero no siempre se comunican con eficacia, la prioridad de gestión es mejorar la calidad de la comunicación y medirla con indicadores sencillos y sostenidos en el tiempo.

Actividades para estudiantes

Actividad 1. Simulación de traspaso

Objetivo. Practicar la comunicación estructurada en una transferencia y evaluar su calidad.

Situación. Un hombre de 72 años, con diabetes e insuficiencia cardíaca, ingresó hace dos días por neumonía. Esta tarde presenta saturación de oxígeno en descenso y será trasladado de la sala de medicina interna a cuidados intermedios. Tiene un hemocultivo pendiente y está anticoagulado.

Consignas.

1. En parejas, preparen por escrito el traspaso del paciente siguiendo la técnica ISBAR.
2. Representen el traspaso dos veces: primero de forma libre y después con ISBAR, mientras un tercer estudiante observa y registra la información omitida en cada versión.
3. Elaboren la lista de verificación del traslado y señalen qué riesgos específicos presenta este paciente durante el transporte.

Producto. Guion ISBAR, lista de verificación y matriz comparativa de omisiones. **Criterios de evaluación:** integridad y orden de la información, pertinencia de la recomendación, calidad de la lista de verificación y reflexión sobre las diferencias entre ambos traspasos.

Actividad 2. Auditoría y mejora del plan de alta

Objetivo. Analizar la calidad del proceso de alta en un servicio y proponer mejoras.

Consignas.

1. Con autorización del servicio de prácticas, revisen de forma anonimizada diez altas recientes y verifiquen la presencia de conciliación de la medicación, educación documentada, informe de alta de enfermería y cita de control.

2. Entrevisten, con consentimiento, a tres pacientes o cuidadores próximos al alta y apliquen el método de retorno sobre medicación, signos de alarma y cuidados en casa.
3. Calculen al menos tres indicadores de la Tabla 21.2 e identifiquen los contenidos educativos peor comprendidos.
4. Diseñen una hoja de alta de una página, en lenguaje sencillo, adaptada a la población del servicio.

Producto. Informe breve con los indicadores, el análisis de las entrevistas y la hoja de alta propuesta.
Criterios de evaluación: rigor en la revisión, uso correcto del método de retorno, pertinencia de la propuesta y respeto de la confidencialidad.

Competencias generales

1. Explicar la continuidad del cuidado como resultado de la gestión de las transiciones y reconocer los riesgos asociados a cada una de ellas.

2.Organizar el proceso de admisión de modo que la valoración inicial oriente desde el primer día la planificación del alta.

3. Realizar traspasos de información estructurados entre turnos, unidades y establecimientos, con herramientas como ISBAR.

4. Planificar y ejecutar el alta de enfermería con educación verificada, conciliación de la medicación y coordinación con el nivel de atención siguiente.

5. Identificar y prevenir los eventos adversos relacionados con transferencias y altas.

6. Diseñar indicadores para evaluar la calidad de las transiciones en una unidad hospitalaria.

CAPÍTULO 17. GESTIÓN CLÍNICA INTERDISCIPLINARIA Y RONDAS DE SEGURIDAD

Competencias

1. Fundamentar la gestión clínica interdisciplinaria como un modelo de organización del cuidado en el que la enfermera ejerce liderazgo en la coordinación del plan terapéutico.
2. Diferenciar los tipos de rondas clínicas y de seguridad, así como sus objetivos, participantes, frecuencia y productos esperados.
3. Planificar y conducir una ronda interdisciplinaria estructurada y una reunión breve de seguridad, utilizando herramientas de comunicación estandarizada.
4. Analizar la cultura de seguridad de una unidad con base en indicadores y en la evidencia disponible, con especial referencia al contexto ecuatoriano.
5. Proponer estrategias de implementación y evaluación de rondas de seguridad que respondan a las condiciones reales de los servicios de salud del país.

Introducción

Los capítulos anteriores de esta sección describieron cómo se valora y planifica el cuidado, cómo se clasifica a los pacientes para asignar personal y cómo se protege la continuidad en los momentos de transición. Todos esos procesos dependen de una condición que suele darse por supuesta: que los profesionales que atienden al mismo paciente compartan información, acuerden objetivos y detecten a tiempo los riesgos. En la práctica, esa coordinación falla con frecuencia.

La Organización Mundial de la Salud estima que alrededor de uno de cada diez pacientes sufre algún daño durante la atención sanitaria, y su informe mundial más reciente advierte que solo una minoría de los países dispone de recursos suficientes para ejecutar todas las intervenciones de seguridad que ha planificado (World Health Organization [WHO], 2024).

Una proporción importante de esos daños no se explica por la falta de conocimiento técnico, sino por fallos de comunicación, por decisiones tomadas de forma aislada y por la ausencia de espacios en los que el equipo pueda anticipar problemas.

La gestión clínica interdisciplinaria responde a ese diagnóstico con una idea sencilla: el plan de atención debe construirse y revisarse en conjunto, con rutinas que obliguen a mirar al paciente desde todas las disciplinas y que conviertan la seguridad en una conversación cotidiana y no en un trámite posterior al incidente.

Este capítulo analiza tres de esas rutinas, las rondas interdisciplinarias estructuradas, las rondas de seguridad y las reuniones breves de seguridad o huddles, junto con la evidencia sobre su efecto y las condiciones organizativas, en particular la cultura de seguridad, que determinan su éxito en los hospitales ecuatorianos.

Fundamentos de la gestión clínica interdisciplinaria

Del trabajo multidisciplinario al trabajo interdisciplinario

En muchos hospitales coinciden varias disciplinas alrededor del mismo paciente sin que exista una verdadera integración de su trabajo. El médico prescribe, la enfermera ejecuta y registra, el fisioterapeuta interviene en su horario y el trabajador social aparece cuando se aproxima el alta. Este modelo, que puede denominarse multidisciplinario, suma aportes, pero no los articula. Cada profesional conoce una parte del problema y supone que los demás conocen el resto.

El trabajo interdisciplinario, en cambio, parte de objetivos comunes, decididos en conjunto y revisados de forma periódica. La información circula en ambas direcciones, las decisiones se toman con la participación de quienes deberán ejecutarlas y la responsabilidad sobre el resultado es compartida.

La diferencia no es solo semántica: en el primer modelo un riesgo detectado por la enfermera durante la noche puede quedar registrado en una nota que nadie lee; en el segundo, ese riesgo forma parte de la agenda de la ronda de la mañana y genera una decisión con responsable.

La gestión clínica como marco organizativo

La gestión clínica traslada a los equipos asistenciales una parte de las decisiones sobre el uso de los recursos, con el propósito de que esas decisiones se apoyen en la mejor evidencia y en el conocimiento directo del paciente. Su unidad de análisis no es el servicio ni la profesión, sino el proceso asistencial: el recorrido completo del paciente desde que ingresa hasta que egresa y retoma su vida en la comunidad.

Desde esta perspectiva, la coordinación interdisciplinaria deja de ser una cuestión de buena voluntad y se convierte en un requisito del diseño del proceso. Exige al menos cuatro elementos: objetivos clínicos explícitos para cada paciente, espacios regulares para revisarlos, un registro

compartido de las decisiones y mecanismos de evaluación de los resultados. Las rondas y las reuniones breves que se describen en este capítulo son, precisamente, los espacios regulares en los que el proceso se revisa y se corrige.

El papel de la enfermera en la coordinación del equipo

La enfermera es el único profesional que permanece junto al paciente durante las veinticuatro horas. Esa continuidad le otorga una posición privilegiada para integrar la información de las demás disciplinas, detectar cambios tempranos y advertir incoherencias entre lo prescrito, lo ejecutado y lo que el paciente necesita.

En las rondas interdisciplinarias, su aporte va más allá de informar las constantes vitales: presenta la valoración enfermera, los diagnósticos y objetivos del plan de cuidados (capítulo 19), la clasificación de complejidad que condiciona la asignación de personal (capítulo 20) y los avances en la preparación del alta (capítulo 21).

La evidencia sobre dotación refuerza esta función: la falta de enfermeras profesionales en el turno se asocia con mayor mortalidad (Saville et al., 2025; Zaranko et al., 2023), en parte por la vigilancia y la coordinación que dejan de realizarse cuando la carga excede la capacidad. Por ello, las rondas deben diseñarse como una forma de organizar mejor el cuidado y no como una tarea que compita con él.

Rondas interdisciplinarias estructuradas

Concepto y propósito

La ronda interdisciplinaria estructurada es una reunión breve y programada, generalmente diaria, en la que los profesionales que atienden a un grupo de pacientes revisan a cada uno de ellos siguiendo un guion común. Se diferencia del pase de visita tradicional en tres rasgos: la participación activa de varias disciplinas, la utilización de un formato estandarizado y la producción de un plan diario con objetivos y responsables.

Cuando se realiza junto a la cama, incorpora además al paciente y a su familia como interlocutores, lo que favorece la toma de decisiones compartida.

Sus propósitos son coordinar el plan terapéutico, anticipar riesgos, evitar duplicidades y omisiones, y preparar el alta desde el primer día. Bien conducida, la ronda reduce las llamadas y consultas dispersas a lo largo del turno, porque concentra en pocos minutos las decisiones que de otro modo se tomarían de forma fragmentada.

22.2.2 Participantes y roles

La composición varía según el tipo de unidad, pero suele incluir al médico responsable, la enfermera a cargo del paciente, la enfermera coordinadora o jefa de turno y, según las necesidades, farmacéutico clínico, fisioterapeuta, nutricionista, trabajador social y psicólogo. Conviene definir con claridad tres roles:

• Conductor o facilitador. Mantiene el orden del guion, controla el tiempo y asegura que todas las disciplinas intervengan. No es necesario que sea siempre el médico; en muchas unidades esta función la asume la enfermera coordinadora.

• Presentador del paciente. Habitualmente la enfermera responsable, que resume la situación de las últimas veinticuatro horas, los problemas activos y las preocupaciones del paciente y la familia.

• Registrador. Anota los objetivos del día, las tareas asignadas y la fecha estimada de alta en el instrumento acordado, idealmente dentro de la historia clínica electrónica.

La duración recomendada oscila entre tres y cinco minutos por paciente. Cuando la ronda se prolonga, el problema suele estar en la falta de preparación previa: la información debe llegar resumida, no reconstruirse durante la reunión.

Qué dice la evidencia reciente

La evidencia sobre el efecto de las rondas estructuradas es más prudente de lo que sugiere su popularidad. La revisión sistemática y metaanálisis de Treloar et al. (2025), que reunió 84 estudios de 18 países y 23 especialidades con 43 570 pacientes, encontró que las intervenciones basadas en listas de verificación mejoraron la documentación de forma global (RR = 1,78; IC 95 %: 1,51–2,11) y redujeron ligeramente la estancia en cuidados intensivos (diferencia de medias = −0,27 días; IC 95 %: −0,40 a −0,14).

La mayor mejora se observó en el registro del estado de reanimación del paciente. En cambio, no se detectaron cambios significativos en la mortalidad hospitalaria ni en la estancia total, y las intervenciones dirigidas a estructurar la ronda no prolongaron el tiempo dedicado a cada paciente ni modificaron los reingresos a 30 días.

Un estudio de cohorte retrospectivo de 11 334 egresos en cuatro hospitales estadounidenses tampoco encontró diferencias en caídas, lesiones por presión, errores de medicación ni experiencia

del paciente entre unidades con rondas estructuradas y unidades con atención tradicional (Wilkins y Daniels, 2025).

De estos hallazgos se desprenden dos lecciones para la gestión. La primera es que la ronda estructurada mejora de forma consistente los procesos, en especial la calidad de la documentación y la explicitación de decisiones críticas, sin aumentar el tiempo invertido. La segunda es que su efecto sobre los resultados clínicos finales depende de lo que se haga con las decisiones tomadas: una ronda que no se traduce en acciones verificables es solo una reunión más.

Rondas de seguridad y rondas de liderazgo

La ronda de seguridad como instrumento de gestión del riesgo

A diferencia de la ronda clínica, centrada en el plan terapéutico de cada paciente, la ronda de seguridad tiene como objeto los riesgos del entorno de atención. Su pregunta guía no es qué necesita este paciente hoy, sino qué podría causarle daño en esta unidad y qué estamos haciendo para evitarlo. Se trata de una herramienta de gestión del riesgo que complementa los sistemas de notificación de incidentes: mientras la notificación reacciona ante lo ocurrido, la ronda busca lo que todavía no ha ocurrido.

Pueden distinguirse tres modalidades, que en la práctica se combinan:

• Ronda de seguridad de la unidad. La realiza el equipo de la propia unidad, con una frecuencia semanal o quincenal, mediante una lista de verificación que recorre identificación de pacientes, almacenamiento de medicamentos de alto riesgo, carros de paro, prevención de caídas y de lesiones por presión, higiene de manos y gestión de dispositivos.

• Ronda de liderazgo (walkround). Directivos de la institución, como la dirección médica, la gerencia o la dirección de enfermería, visitan la unidad para conversar con el personal de primera línea sobre los riesgos que percibe y los obstáculos que enfrenta. Su valor no reside en la inspección, sino en el mensaje institucional de que la seguridad es una prioridad de la dirección y en el compromiso de resolver los problemas identificados.

• Ronda de enfermería intencional. Visitas planificadas de la enfermera o del personal de apoyo a cada paciente, con una periodicidad definida, para verificar dolor, posición, eliminación, accesibilidad del timbre y de los objetos personales, y condiciones del entorno que favorecen las caídas.

Condiciones para que la ronda de liderazgo funcione

La ronda de liderazgo es la más vulnerable a convertirse en un ritual vacío. Cuando los directivos escuchan, pero no regresan con respuestas, el personal concluye que hablar no sirve y deja de participar. Para evitarlo, conviene respetar algunas reglas:

1. Anunciar la visita con antelación y realizarla en un horario que permita la participación de quienes están en el turno.

2. Formular preguntas abiertas y no punitivas, por ejemplo: ¿qué situación de los últimos días pudo haber dañado a un paciente?, ¿qué le impide trabajar de forma segura?, ¿qué podría hacer la dirección para ayudarle?

3. Registrar cada problema con un responsable y un plazo, y devolver a la unidad, en la visita siguiente o por escrito, el estado de cada compromiso.

4. Agradecer de forma explícita la información recibida, incluida la que pone en evidencia errores propios de la gestión.

Herramientas de apoyo: huddles, listas de verificación y comunicación estructurada

La reunión breve de seguridad (huddle)

El huddle es una reunión corta, de pie, con horario fijo y agenda predefinida, en la que el equipo comparte la información necesaria para anticipar riesgos en las horas siguientes. Su duración habitual es de cinco a quince minutos, y su contenido incluye pacientes de alto riesgo, incidentes y casi incidentes recientes, nivel de dotación y recursos disponibles, problemas de equipos o espacios, así como ingresos, traslados y altas previstos (Clark, 2025).

El análisis de concepto de Ghoul et al. (2025) identificó cinco atributos que definen un huddle de seguridad: comunicación estructurada, apoyada en formatos como SBAR y en listas de verificación; colaboración interdisciplinaria; diseño acotado en el tiempo y orientado a objetivos; predicción proactiva del riesgo; y adaptabilidad al contexto. Como antecedentes necesarios, los autores señalan el apoyo del liderazgo, la seguridad psicológica y la disponibilidad de recursos; como consecuencias, una mejora del trabajo en equipo, de la conciencia situacional y de la cultura de seguridad.

También advierten sobre las barreras más frecuentes: la presión asistencial, la falta de tiempo y la participación desigual de las distintas profesiones.

En Brasil, un estudio cuasiexperimental de 105 días mostró que, tras implantar huddles con participación de enfermería, mejoraron la percepción de seguridad, la notificación de eventos adversos y casi todas las dimensiones de la cultura de seguridad; el huddle funcionó como canal de comunicación entre profesionales y gestores (Moraes et al., 2023).

Comunicación estructurada

La técnica ISBAR (identificación, situación, antecedentes, evaluación y recomendación), descrita en el capítulo 21 para la transferencia de pacientes, es igualmente útil para presentar casos en la ronda y para escalar una preocupación clínica al médico de guardia. Su uso favorece una comunicación estandarizada, clara y concisa, aunque la calidad de la evidencia que la sustenta todavía es moderada (Chaica et al., 2024).

A ella se suman otras técnicas del programa TeamSTEPPS, como la comunicación en circuito cerrado, en la que el receptor repite la orden y el emisor la confirma, y las frases de alerta acordadas que cualquier miembro del equipo puede usar para detener un procedimiento cuando percibe un riesgo.

Cultura de seguridad y trabajo en equipo

La cultura como condición previa

Ninguna de las herramientas descritas produce efectos por sí misma. Una ronda puede limitarse a confirmar decisiones ya tomadas y un huddle puede convertirse en un parte rápido que nadie escucha. Lo que distingue a los equipos en los que estas rutinas funcionan es una cultura de seguridad que valora la comunicación abierta, trata el error como fuente de aprendizaje y no de castigo, y reconoce que la seguridad depende del sistema y no solo de la diligencia individual.

La cultura de seguridad se mide con instrumentos validados, como la Hospital Survey on Patient Safety Culture de la Agency for Healthcare Research and Quality, disponible en español, cuyas dimensiones incluyen el trabajo en equipo, el apoyo de la dirección, la respuesta no punitiva ante el error, la apertura en la comunicación y la frecuencia de notificación. Aplicada antes y después de introducir rondas o huddles, permite evaluar su efecto sobre la percepción del equipo.

Seguridad psicológica

La seguridad psicológica es la convicción compartida de que en el equipo se puede hablar sin temor: preguntar una duda, señalar un posible error de un colega con más jerarquía o reconocer un

error propio. Es un antecedente directo del éxito de los huddles (Ghoul et al., 2025) y explica por qué la misma herramienta funciona en una unidad y fracasa en otra.

En equipos con alta jerarquía y baja seguridad psicológica, la enfermera que detecta una incoherencia en la prescripción tiende a callar o a buscar caminos indirectos, con el consiguiente retraso en la corrección.

La enfermera líder puede favorecer la seguridad psicológica con conductas concretas: invitar explícitamente a hablar a los miembros con menos antigüedad, agradecer las alertas aunque resulten infundadas, reconocer en público sus propias equivocaciones y evitar comentarios que culpabilicen a las personas cuando se analiza un incidente. Estas conductas son especialmente importantes en los hospitales docentes, donde internos y estudiantes forman parte del equipo y pueden sentirse sin legitimidad para intervenir.

Entrenamiento del trabajo en equipo

El trabajo en equipo es una competencia que puede enseñarse. La revisión de alcance de Velez et al. (2026), que analizó 28 estudios sobre TeamSTEPPS en contextos académicos y clínicos, encontró que la capacitación de corta duración produce mejoras inmediatas en las actitudes hacia el trabajo en equipo, la comunicación y la percepción de seguridad, pero que parte de esas ganancias se pierde con el tiempo si no hay refuerzo.

Los beneficios fueron más duraderos cuando la intervención contó con el compromiso de los líderes, incluyó sesiones periódicas de actualización y se integró en las rutinas de la organización. Los autores señalan, además, que todavía faltan estudios longitudinales con resultados clínicos objetivos.

Implementación, indicadores y contexto ecuatoriano

Etapas de implementación

La introducción de rondas interdisciplinarias o de huddles en una unidad es un proyecto de cambio organizativo y conviene abordarlo como tal. Se proponen las siguientes etapas:

1. Diagnóstico. Medir la cultura de seguridad de la unidad, revisar los incidentes notificados en el último año e identificar los problemas de coordinación más frecuentes, como retrasos en el alta, interconsultas que no se concretan o errores de medicación asociados a cambios de prescripción.

2. Diseño participativo. Construir con representantes de todas las disciplinas el guion de la ronda, la agenda del huddle y los instrumentos de registro. La participación en el diseño reduce la resistencia posterior.

3. Prueba piloto. Iniciar en una unidad o en un turno, durante un período definido, con ciclos cortos de planificar, hacer, estudiar y actuar que permitan ajustar el formato.

4. Capacitación. Entrenar a los facilitadores y al equipo en comunicación estructurada y en la conducción de reuniones breves, con sesiones de refuerzo programadas (Velez et al., 2026).

5. Extensión y sostenibilidad. Incorporar las rutinas en los protocolos institucionales, asignar tiempo protegido en la planificación de los turnos y vincular los hallazgos al sistema de gestión de la calidad.

Indicadores de evaluación

La evaluación debe combinar indicadores de proceso, de resultado y de cultura, porque, como señala la evidencia revisada, los cambios en los procesos suelen preceder a los cambios en los resultados clínicos y son más fáciles de demostrar (Treloar et al., 2025). La Tabla 22.3 presenta una propuesta.

La situación en Ecuador

Los estudios ecuatorianos recientes sobre cultura de seguridad muestran un panorama mixto. En un hospital público de Machala, una encuesta a 160 profesionales de enfermería basada en la versión española del cuestionario de la Agency for Healthcare Research and Quality encontró que menos de la mitad (47,3 %) estaba de acuerdo con que el personal se apoya mutuamente, que solo alrededor de un tercio percibía que la dirección promueve un clima favorable a la seguridad y que un 10,3 % afirmó que los errores casi nunca o nunca se notifican (Nole Ramón et al., 2025).

En otro estudio con 71 internos de enfermería de la misma provincia, el apoyo entre el personal fue la dimensión con valoración más negativa, aunque la mayoría percibía que la dirección prioriza la seguridad y que existe coordinación entre unidades (Estrada Guayllazaca et al., 2024).

Estos resultados, aunque proceden de estudios descriptivos con muestras no probabilísticas, señalan déficits precisamente en las dimensiones que las rondas y los huddles buscan fortalecer: el apoyo mutuo, la comunicación con la dirección y la notificación de incidentes. A ello se suman las limitaciones de dotación descritas en el capítulo 20, que obligan a diseñar rutinas breves, compatibles con la carga asistencial real y con tiempo protegido en la planificación del turno.

Para los hospitales de la red pública, una estrategia realista consiste en iniciar con un huddle diario de diez minutos al comienzo del turno de la mañana, centrado en pacientes de alto riesgo y en altas previstas, y avanzar progresivamente hacia rondas interdisciplinarias en las unidades con mayor complejidad. La participación de los internos de enfermería y de medicina en estas rutinas tiene, además, un valor formativo: les permite aprender, desde el inicio de su práctica, que la seguridad del paciente es una responsabilidad compartida.

Síntesis

La gestión clínica interdisciplinaria organiza el cuidado alrededor del proceso asistencial y exige espacios regulares en los que todas las disciplinas revisen un plan común; la enfermera, por su presencia continua junto al paciente, ocupa una posición central en esa coordinación. Las rondas interdisciplinarias, las rondas de seguridad y de liderazgo y los huddles mejoran de forma consistente los procesos, en especial la documentación de decisiones críticas, sin prolongar el tiempo de atención, aunque su efecto sobre la mortalidad, la estancia o los reingresos sigue siendo incierto.

Su valor depende de que las decisiones se traduzcan en acciones verificables y de que exista una cultura de seguridad con seguridad psicológica; sin ellas, las rondas se convierten en rituales. En Ecuador, los estudios disponibles señalan déficits en apoyo mutuo, comunicación con la dirección y notificación de errores, por lo que una implementación gradual, con rutinas breves, tiempo protegido e indicadores de proceso, resultado y cultura, ofrece un camino viable para los servicios de enfermería del país.

Actividades para estudiantes

Actividad 1. Simulación de una ronda interdisciplinaria y de un huddle de seguridad.

Objetivo: aplicar el guion de ronda estructurada y la comunicación ISBAR en un escenario simulado.

Desarrollo: en grupos de cinco o seis estudiantes, cada integrante asume un rol (enfermera responsable, médico, farmacéutico, fisioterapeuta, trabajador social y observador). El docente entrega tres casos clínicos breves de una unidad de medicina interna, por ejemplo un adulto mayor con neumonía y riesgo de caída, una paciente diabética con lesión por presión y un paciente con insuficiencia cardíaca y alta prevista.

El grupo realiza primero un huddle de diez minutos para identificar riesgos del turno y luego una ronda de cinco minutos por paciente, siguiendo la Tabla 22.1. El observador registra el tiempo, la participación de cada rol y los objetivos acordados.

Producto: hoja de ronda completada para los tres pacientes y una reflexión grupal de una página sobre las barreras de comunicación observadas y la manera de superarlas.

Actividad 2. Diagnóstico de la cultura de seguridad y propuesta de implementación.

Objetivo: analizar la cultura de seguridad de un servicio de práctica y proponer una rutina de seguridad adaptada a su contexto.

Desarrollo: durante su rotación de práctica, cada pareja de estudiantes observa durante una semana cómo se comunican los profesionales del servicio, si existen rondas o reuniones breves y cómo se notifican los incidentes. Con autorización de la jefatura, pueden aplicar a una muestra reducida del personal algunos ítems de la encuesta de cultura de seguridad.

Con esa información comparan sus hallazgos con los estudios ecuatorianos revisados en el apartado 22.6.3 y elaboran una propuesta de implementación de un huddle o de una ronda interdisciplinaria que incluya agenda, participantes, duración, horario y al menos tres indicadores de la Tabla 22.3.

Producto: informe escrito de cuatro a seis páginas, con citas en formato APA 7, y una presentación oral de diez minutos ante el grupo.

CAPÍTULO 18. PROTOCOLOS, GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA Y ESTANDARIZACIÓN DE PROCESOS ASISTENCIALES

Administración clínica del cuidado

Competencias

1. Diferenciar guías de práctica clínica, protocolos, procedimientos y vías clínicas según su propósito, alcance y nivel de detalle.
2. Explicar la relación entre la variabilidad clínica injustificada, la seguridad del paciente y la necesidad de estandarizar los procesos asistenciales.
3. Valorar críticamente la calidad de una guía de práctica clínica con el instrumento AGREE II e interpretar la certeza de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones según el sistema GRADE.
4. Elaborar o adaptar un protocolo de enfermería con una estructura institucional completa, indicadores de evaluación y control de versiones.
5. Analizar las barreras y los facilitadores de la implementación de guías y protocolos, y proponer estrategias para mejorar la adherencia.
6. Proponer un plan de evaluación y actualización de los documentos normativos de un servicio de enfermería en el contexto ecuatoriano.

Introducción

Dos pacientes con el mismo diagnóstico, ingresados el mismo día en dos unidades del mismo hospital, pueden recibir cuidados muy distintos. En una sala se cambia el apósito del catéter venoso cada 72 horas y en otra solo cuando está visiblemente sucio; en una se valora el riesgo de lesión por presión al ingreso y cada turno, y en otra solo cuando aparece el primer enrojecimiento. Parte de esa variabilidad es legítima, porque responde a diferencias reales entre los pacientes o a sus preferencias.

Otra parte, en cambio, refleja hábitos, tradiciones de servicio o simple desconocimiento de la evidencia. Esta segunda forma de variabilidad, que no beneficia a nadie, es la que los protocolos y las guías de práctica clínica buscan reducir.

Los capítulos anteriores de esta sección compartían una premisa: el cuidado de calidad no puede depender solo de la experiencia de cada profesional, sino que requiere procesos definidos, documentados y evaluables. Este capítulo, con el que se cierra la Sección III, aborda los instrumentos que hacen posible esa definición: las guías de práctica clínica, los protocolos asistenciales, los procedimientos normalizados y las vías clínicas.

La evidencia reciente justifica el esfuerzo. La actualización de la revisión Cochrane sobre vías clínicas, con 58 estudios y casi 25 000 pacientes, concluyó que probablemente reducen las complicaciones intrahospitalarias y la estancia (Rotter et al., 2025). Sin embargo, tener un documento no basta: las enfermeras de urgencias y cuidados críticos identifican numerosas barreras para llevar las guías a la práctica (Alrashdi et al., 2026). Por eso, el capítulo dedica tanta atención a la implementación y la actualización como a la elaboración.

Variabilidad clínica y estandarización del cuidado

Variabilidad justificada e injustificada

La variabilidad en la práctica clínica es inevitable y, en cierta medida, deseable. Los pacientes difieren en su edad, comorbilidades, valores y circunstancias sociales, y un cuidado que ignore esas diferencias sería un cuidado estandarizado en el peor sentido del término.

La gestión clínica distingue, por ello, entre una variabilidad justificada, que responde a las necesidades y preferencias del paciente, y una variabilidad injustificada, que no se explica por ninguno de esos factores y que suele originarse en la incertidumbre del profesional, en la ausencia de criterios compartidos o en la inercia de las costumbres del servicio.

La variabilidad injustificada tiene consecuencias concretas. Cuando cada profesional resuelve a su manera una misma situación, aumenta la probabilidad de omisiones, se dificulta la coordinación entre turnos, se complica la formación de los nuevos integrantes del equipo y se pierde la posibilidad de comparar resultados. En términos de seguridad, un proceso que se ejecuta de forma distinta cada vez es un proceso cuyo comportamiento no puede predecirse ni mejorarse.

Qué significa estandarizar

Estandarizar no equivale a uniformar ni a sustituir el juicio clínico. Significa acordar, sobre la base de la mejor evidencia disponible, la forma preferente de resolver una situación frecuente o de alto

riesgo, dejando explícitos los criterios bajo los cuales es razonable apartarse de ella. Un buen protocolo responde a tres preguntas: qué debe hacerse siempre, qué puede adaptarse según el paciente y cuándo debe consultarse o escalarse la decisión.

En los servicios de enfermería, la estandarización se aplica con especial provecho a tres tipos de situaciones: los procedimientos técnicos de alta frecuencia, como la administración de medicamentos o el manejo de dispositivos invasivos; las situaciones de alto riesgo, en las que una omisión puede tener consecuencias graves, como la prevención de caídas, de lesiones por presión o de infecciones asociadas a la atención; y los procesos que atraviesan varias disciplinas o servicios, como la admisión, la transferencia y el alta tratadas en el capítulo 21.

En todos ellos, la estandarización libera la atención de la enfermera para lo que no puede protocolizarse: la valoración individual, la relación terapéutica y la respuesta ante lo imprevisto.

Jerarquía de los documentos normativos

En la práctica institucional coexisten documentos de diferente naturaleza, que con frecuencia se confunden.

La relación entre estos documentos es jerárquica: el protocolo de un servicio debería derivar de una guía de calidad, el procedimiento debería ser coherente con el protocolo y la lista de verificación debería extraer de ambos los elementos críticos. Cuando esta cadena se rompe, por ejemplo, porque un procedimiento de la unidad contradice la guía nacional vigente, el profesional queda expuesto a mensajes contradictorios y la institución, a un riesgo legal y de seguridad.

Guías de práctica clínica basadas en evidencia

Elaborar, adoptar o adaptar

Desarrollar una guía desde el inicio, o de nuevo, exige formular preguntas clínicas, realizar revisiones sistemáticas, calificar la evidencia y reunir un panel multidisciplinario durante meses. Pocas instituciones, y no todos los países, disponen de los recursos para hacerlo con la frecuencia necesaria. Por ello, la alternativa más eficiente suele ser adoptar una guía existente de buena calidad, sin modificar sus recomendaciones, o adaptarla, ajustando las recomendaciones al contexto local en lo que se refiere a recursos, organización de los servicios, valores de la población y factibilidad.

El Ecuador ofrece un ejemplo reciente de esta segunda vía. La guía de práctica clínica del Ministerio de Salud Pública sobre tamizaje y diagnóstico de la tuberculosis se elaboró como una adaptación de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización

Panamericana de la Salud, con autorización de ambas organizaciones, mediante la metodología GRADE, preguntas en formato PICO y marcos de la evidencia a la decisión.

Su panel incluyó profesionales de distintas disciplinas e instituciones del país, entre ellos personal de enfermería en el equipo de redacción (MSP, 2024).

El sistema GRADE

El sistema GRADE se ha convertido en el estándar internacional para formular recomendaciones. Distingue dos juicios. El primero es la certeza de la evidencia, que expresa la confianza en que el efecto estimado se aproxima al verdadero y se califica como alta, moderada, baja o muy baja; los ensayos aleatorizados parten de una certeza alta y los estudios observacionales de una baja, y ambas pueden descender por riesgo de sesgo, inconsistencia, evidencia indirecta, imprecisión o sesgo de publicación, o ascender en circunstancias específicas.

El segundo es la fuerza de la recomendación, que puede ser fuerte o condicional, y que depende no solo de la certeza, sino del balance entre beneficios y daños, de los valores de los pacientes, del uso de recursos, de la equidad, de la aceptabilidad y de la factibilidad.

Para la enfermera gestora, entender esta distinción tiene consecuencias prácticas. Una recomendación fuerte basada en certeza moderada o alta debería trasladarse al protocolo como una actuación de cumplimiento esperado en casi todos los pacientes. Una recomendación condicional, en cambio, señala que la decisión depende del contexto o de las preferencias del paciente, y el protocolo debe reflejarlo, indicando los criterios para decidir y la participación del paciente en la elección.

Valoración de la calidad: el instrumento AGREE II

No todas las guías merecen la misma confianza. Antes de adoptar o adaptar una guía, el equipo debe valorar su calidad metodológica. El instrumento AGREE II, de uso internacional, consta de 23 ítems agrupados en seis dominios, que se califican en una escala de siete puntos y se completan con una evaluación global sobre si la guía se recomienda para su uso.

Los dominios de rigor en la elaboración y de aplicabilidad suelen ser los más débiles en las guías publicadas, y son también los más relevantes para la gestión: una guía sin vínculo claro entre evidencia y recomendación ofrece poca garantía, y una guía que no considera los recursos ni los indicadores difícilmente podrá implementarse.

Guías vivas

Las guías vivas responden al ritmo de producción de nueva evidencia con una actualización continua, en la que la búsqueda es permanente y se definen de antemano los detonantes que obligan

a revisar una recomendación; cada decisión metodológica implica compromisos entre exhaustividad, rapidez y sostenibilidad (Fraile Navarro et al., 2023). Aunque el modelo es exigente para las instituciones locales, su lógica sirve para cualquier protocolo: fijar desde el inicio qué hechos obligarán a revisarlo.

Protocolos de enfermería y procedimientos normalizados

Estructura de un protocolo institucional

El protocolo es el documento que mejor expresa la capacidad de gestión clínica de un servicio de enfermería, porque exige traducir la evidencia general a las condiciones concretas de la institución. En el Ecuador, el Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín, del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, publicó en 2025 un primer tomo de protocolos clínicos con una estructura común, elaborados a partir de revisiones de la literatura y del consenso de expertos, con calificación de la evidencia mediante el sistema GRADE o los niveles del Oxford Centre for Evidence-Based Medicine, e incorporación de las taxonomías de enfermería NANDA-I, NIC y NOC (HECAM, 2025.

Dos elementos de esta estructura merecen atención particular. El primero son los indicadores: un protocolo que no define cómo se medirá su cumplimiento y su efecto no puede gestionarse. El segundo es el control de versiones: en muchos servicios circulan simultáneamente copias impresas de distintas épocas, y el profesional no sabe cuál está vigente. Un sistema documental con un único repositorio, versiones numeradas y retiro formal de las anteriores es una condición básica de seguridad.

Proceso de elaboración y aprobación

La elaboración de un protocolo es un proceso colectivo. En la experiencia del HECAM, el proceso incluyó la capacitación de los equipos en el instructivo institucional, la priorización de temas por cada unidad con énfasis en la transversalidad, el nivel de evidencia y los indicadores clave de desempeño, la revisión de la forma por la Coordinación de Calidad y del contenido por la Coordinación de Investigación, la revisión por pares y, finalmente, la socialización con la comunidad hospitalaria (HECAM, 2025).

Esta separación entre la revisión metodológica y la revisión de contenido es una buena práctica que cualquier institución puede reproducir, incluso a menor escala.

La participación de las enfermeras de cuidado directo no es un gesto simbólico: conocen las dificultades reales de aplicación y los recursos de cada turno. Un protocolo redactado solo por la jefatura o por especialistas externos corre el riesgo de ser técnicamente correcto e inaplicable.

Protocolos dirigidos por enfermería

Una modalidad de creciente interés son los protocolos dirigidos por enfermería, que autorizan a la enfermera a tomar determinadas decisiones clínicas según criterios previamente acordados con el equipo médico, sin necesidad de una orden individual para cada paciente. El ejemplo más difundido es la retirada de la sonda vesical permanente cuando ya no cumple una indicación válida. En un hospital de veteranos de los Estados Unidos, la implementación de un protocolo de este tipo, acompañado de un tablero de seguimiento del uso de sondas, se asoció con una disminución de la tasa de infección urinaria asociada a catéter de 0,99 a 0,27 por cada 1000 días de sonda, y el protocolo se utilizó en el 73 % de las órdenes de sondaje posteriores a su implantación; los autores advierten, no obstante, que el estudio carecía de potencia suficiente para demostrar significación estadística por el bajo número de infecciones (Kamel et al., 2025).

Estos protocolos amplían la autonomía profesional y reducen los retrasos asociados a la espera de órdenes, pero exigen condiciones: un marco normativo institucional que los respalde, criterios de decisión inequívocos, capacitación verificada de las enfermeras que los aplican y un sistema de seguimiento de los resultados.

Terminologías estandarizadas y registro electrónico

La estandarización del cuidado no se limita a lo que se hace, sino que alcanza la forma en que se registra. El uso de terminologías enfermeras estandarizadas, como NANDA-I, NIC y NOC, permite que los diagnósticos, las intervenciones y los resultados se expresen con un lenguaje común, se integren en la historia clínica electrónica y puedan reutilizarse para la gestión y la investigación.

Cuando el protocolo de un servicio se vincula a un plan de cuidados estandarizado en el registro electrónico, como se propuso en el capítulo 19, la estandarización deja de ser un documento archivado y se convierte en parte del flujo cotidiano de trabajo.

Vías clínicas y estandarización de procesos asistenciales

Concepto y elementos de una vía clínica

La vía clínica, también denominada trayectoria clínica, es la herramienta que lleva la estandarización desde la tarea aislada al proceso completo. Se diseña para un grupo homogéneo de

pacientes, como los sometidos a una artroplastia de cadera, los ingresados por neumonía adquirida en la comunidad o las puérperas tras una cesárea, y ordena en una matriz temporal las actividades previstas de cada disciplina para cada día de la estancia.

Sus elementos característicos son cuatro: una matriz de tiempo por actividades, que indica qué debe ocurrir cada día; la participación de todas las disciplinas en un mismo documento; unos resultados esperados para cada etapa, que permiten saber si el paciente avanza según lo previsto; y un registro de variaciones, en el que se documentan y analizan las desviaciones respecto del plan.

El registro de variaciones es el elemento que convierte la vía en una herramienta de gestión. Las desviaciones pueden deberse al paciente, por ejemplo, una complicación o una preferencia distinta; a los profesionales, como una decisión que se aparta de lo previsto; o a la organización, como la falta de una cama, de un estudio diagnóstico o de un medicamento. El análisis periódico de estas causas, en especial de las organizativas, señala con precisión dónde se encuentran los cuellos de botella del proceso.

Qué dice la evidencia

La revisión Cochrane actualizada de Rotter et al. (2025) reunió 58 estudios, con 24 841 pacientes y 2027 profesionales, y comparó las vías clínicas con la atención habitual. Para las vías clínicas aplicadas como intervención única, encontró que probablemente reducen las complicaciones intrahospitalarias (10 % frente a 17 %; OR = 0,57; IC 95 %: 0,41–0,80; certeza moderada) y la estancia hospitalaria (diferencia de medias de −1,12 días; IC 95 %: −1,60 a −0,65; certeza moderada).

El efecto sobre la mortalidad intrahospitalaria fue incierto, el efecto sobre los reingresos fue muy incierto y los costos tendieron a ser menores, aunque con certeza muy baja. Los autores advierten, además, que el riesgo de sesgo de los estudios incluidos fue, en conjunto, elevado.

La revisión paraguas de Büscher y Kugler (2025), con diez revisiones sistemáticas y 140 estudios primarios, llegó a conclusiones similares. Ambas advierten que las definiciones de vía clínica y las medidas de resultado varían mucho entre estudios, por lo que el efecto de cada vía debe evaluarse localmente en lugar de suponerse.

Diseño de una vía clínica en un servicio de enfermería

El diseño de una vía clínica sigue una secuencia razonablemente estable:

1.Selección del proceso. Se priorizan procesos de alto volumen, alto costo, alto riesgo o gran variabilidad, para los que exista evidencia suficiente y un recorrido asistencial relativamente predecible.

2. Constitución del equipo. Se integra un grupo con representantes de todas las disciplinas implicadas, con un responsable o coordinador de la vía y la participación de enfermeras de cuidado directo.

3. Mapeo del proceso actual. Se describe cómo se atiende hoy a esos pacientes, con datos de estancia, complicaciones y variaciones, y se identifican los pasos que no aportan valor o que generan esperas.

4. Revisión de la evidencia. Se seleccionan las guías de calidad aplicables, valoradas con AGREE II, y se extraen las recomendaciones pertinentes.

5. Construcción de la matriz. Se definen las actividades por día y por disciplina, los resultados esperados en cada etapa y los criterios de alta.

6. Prueba piloto y ajuste. Se aplica la vía en un número limitado de pacientes, se analizan las variaciones y se corrige el diseño.

7. Implementación y evaluación continua. Se capacita al personal, se integra la vía en el registro clínico y se monitorizan los indicadores definidos.

La enfermera suele asumir un papel central en la vía, porque es quien verifica a diario el avance del paciente respecto de los resultados esperados y quien registra las variaciones. Esta función se articula de forma natural con las rondas interdisciplinarias descritas en el capítulo 22, que constituyen el espacio idóneo para revisar las desviaciones y acordar las acciones correctivas.

Implementación de guías y protocolos: de la norma a la práctica

La brecha entre la evidencia y la práctica

La existencia de una guía o de un protocolo no garantiza su aplicación. La brecha entre lo que se sabe y lo que se hace es uno de los problemas más persistentes de los sistemas de salud, y su reducción constituye el objeto de la ciencia de la implementación.

Para la gestión de enfermería, la lección central de este campo es que la implementación debe planificarse con el mismo rigor que la elaboración del documento, a partir de un diagnóstico de las barreras y los facilitadores propios de cada contexto.

Barreras y facilitadores

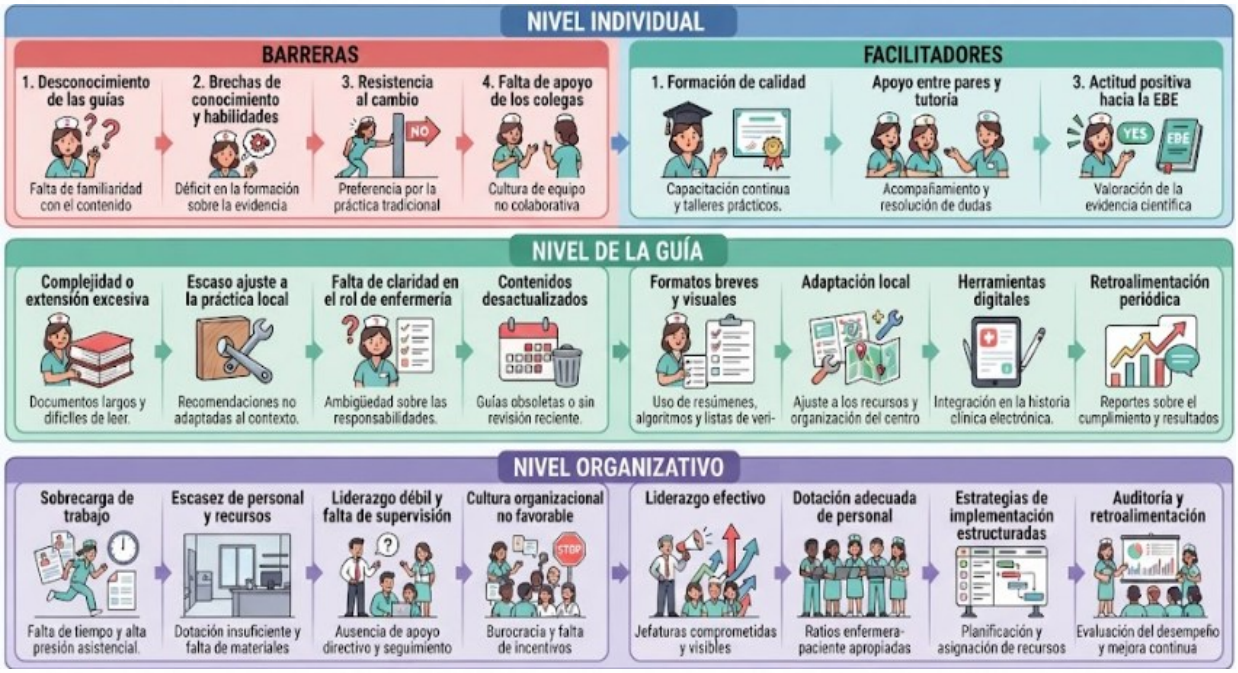
La revisión sistemática de Alrashdi et al. (2026), con 18 estudios sobre enfermeras de urgencias y cuidados críticos, organizó las barreras y los facilitadores en tres niveles. En el individual pesan el desconocimiento de las guías, las brechas de habilidades y la resistencia al cambio, frente a la formación de calidad y la tutoría entre pares. En el de la propia guía, la extensión excesiva, el

escaso ajuste local y los contenidos desactualizados, frente a los formatos breves y visuales y la adaptación local.

En el organizativo, la sobrecarga, la escasez de personal y el liderazgo débil, frente a una dotación adecuada, estrategias estructuradas y auditoría con retroalimentación. Las barreras se informaron con mucha mayor frecuencia que los facilitadores.

La Figura 38, al final de este apartado, organiza estos hallazgos en un esquema que puede utilizarse como guía para el diagnóstico previo a la implementación.

Figura 38. Barreras y facilitadores de la implementación de guías y protocolos en enfermería, por nivel



Fuente: Elaboración propia a partir de Alrashdi et al. (2026), Ivers et al. (2025) y Rivas-González et al. (2024).

Estrategias de implementación con respaldo empírico

Entre las estrategias disponibles, la auditoría y retroalimentación es una de las mejor estudiadas. La actualización Cochrane de Ivers et al. (2025), con 292 ensayos aleatorizados, estimó un aumento medio absoluto del 6,2 % en el cumplimiento de la práctica deseada (IC 95 %: 4,1–8,2; certeza moderada). El efecto fue mayor cuando la retroalimentación se comparaba con una meta explícita o con los mejores desempeños, la entregaba un referente local, combinaba formatos verbales y escritos e incluía un plan de acción con recomendaciones específicas.

Otra estrategia relevante para enfermería es el programa de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados, versión en español de las Best Practice Spotlight Organizations de la Registered Nurses' Association of Ontario, que combina la implantación de guías con la formación de impulsores, la evaluación sistemática y las redes institucionales. En un estudio Delphi con 44 enfermeras impulsoras, los facilitadores mejor valorados fueron un entorno de trabajo favorable, el apoyo institucional y el tiempo dedicado a la práctica basada en la evidencia (Rivas-González et al., 2024).

En síntesis, las estrategias con mayor probabilidad de éxito combinan varios componentes: adaptación local del documento, formación práctica, referentes o impulsores en cada unidad, recordatorios integrados en el registro electrónico, listas de verificación en el punto de atención (Treloar et al., 2025) y ciclos regulares de auditoría y retroalimentación. Ninguna de ellas sustituye el compromiso de la jefatura, que debe asignar tiempo y recursos para que la implementación no recaiga como una carga adicional sobre un personal ya sobrecargado.



Figura 39. Ciclo de vida de una guía o protocolo institucional de enfermería

Fuente**:** Elaboración propia a partir de Fraile Navarro et al. (2023), HECAM (2025) y Ministerio de Salud Pública del Ecuador [MSP] (2024)

La actualización debe programarse, no improvisarse. Una práctica razonable consiste en fijar en cada protocolo una fecha de revisión, habitualmente entre dos y tres años, y definir además detonantes que obliguen a una revisión anticipada, siguiendo la lógica de las guías vivas (Fraile Navarro et al., 2023): la publicación de una nueva guía nacional, una alerta de seguridad, un evento adverso grave relacionado con el proceso, la incorporación de una nueva tecnología o resultados de auditoría persistentemente insatisfactorios.

Indicadores para la gestión de protocolos

La evaluación de los documentos normativos debe considerar tanto la gestión del sistema documental como el efecto de cada protocolo. Al interpretar estos indicadores conviene recordar que una adherencia baja no siempre indica negligencia: puede revelar que el protocolo es inaplicable con los recursos disponibles o que necesita revisarse. Del mismo modo, un aumento de las variaciones registradas en una vía clínica recién implantada suele reflejar un mejor registro y no necesariamente un deterioro del proceso.

La situación en el Ecuador

El país ha avanzado en la institucionalización de la atención basada en evidencia: el Ministerio de Salud Pública ha adoptado la metodología GRADE para elaborar, adoptar y adaptar guías con el acompañamiento técnico de la OPS (MSP, 2024; OPS, 2024), y el Hospital Carlos Andrade Marín ha mostrado que es viable publicar protocolos con estructura común, revisión metodológica e indicadores (HECAM, 2025).

Persisten, sin embargo, documentos desactualizados que conviven con los vigentes, escasa participación de las enfermeras de cuidado directo, falta de indicadores de adherencia y limitada integración con los registros electrónicos.

Para los hospitales de menor complejidad, como los de la zona norte del país, una estrategia realista consiste en adaptar las guías nacionales, priorizar pocos protocolos para los procesos de mayor riesgo, nombrar referentes de enfermería por unidad y establecer ciclos trimestrales de auditoría y retroalimentación, con el apoyo de las universidades en la formación para la lectura crítica de guías.

Síntesis

La variabilidad clínica injustificada, es decir, la que no responde a las necesidades ni a las preferencias del paciente, compromete la seguridad y la eficiencia de la atención. Las guías de práctica clínica, los protocolos asistenciales, los procedimientos normalizados y las vías clínicas son instrumentos complementarios para reducirla: la guía recomienda qué hacer con base en la evidencia, el protocolo traduce esas recomendaciones a la realidad de la institución, el procedimiento describe cómo ejecutar cada técnica y la vía clínica ordena en el tiempo el proceso completo.

La calidad de estos documentos depende de su método: GRADE distingue la certeza de la evidencia de la fuerza de las recomendaciones, AGREE II permite valorar una guía antes de adoptarla y el modelo de guías vivas recuerda que toda recomendación debe prever los hechos que obligarán a

revisarla. Las vías clínicas probablemente reducen las complicaciones y la estancia, pero la implementación es el punto crítico, y las estrategias más efectivas combinan adaptación local, formación, referentes por unidad y auditoría con retroalimentación.

En el Ecuador, la adopción de GRADE y las experiencias hospitalarias de estandarización ofrecen una base para construir sistemas documentales vigentes, evaluados y utilizados.

Actividades para estudiantes

Actividad 1. Valoración crítica de una guía de práctica clínica con AGREE II

Objetivo. Aplicar el instrumento AGREE II a una guía de práctica clínica y decidir, de forma argumentada, si es apta para sustentar un protocolo de enfermería.

Desarrollo.

1. En equipos de tres estudiantes, seleccionar una guía de práctica clínica del Ministerio de Salud Pública del Ecuador publicada a partir de 2022 o una guía internacional de enfermería sobre un problema frecuente en los servicios de práctica, como la prevención de lesiones por presión, las caídas o el manejo de catéteres venosos.
2. Cada integrante evalúa la guía de manera independiente con los seis dominios de la Tabla 23.2, con la escala de siete puntos del instrumento.
3. El equipo compara las puntuaciones, discute las discrepancias y llega a una evaluación global por consenso.
4. Identificar dos recomendaciones de la guía, una fuerte y otra condicional, y explicar cómo se trasladaría cada una a un protocolo de servicio.

Producto. Informe de tres a cuatro páginas con la matriz de puntuaciones, la evaluación global justificada y el análisis de las dos recomendaciones, con citas en formato APA 7.

Actividad 2. Diseño de un protocolo de enfermería y su plan de implementación

Objetivo. Elaborar un protocolo de enfermería con estructura institucional completa y proponer una estrategia de implementación basada en un diagnóstico de barreras y facilitadores.

Desarrollo.

1.En grupos de cuatro o cinco estudiantes, elegir un proceso de alto riesgo observado durante las prácticas preprofesionales, por ejemplo, la retirada oportuna de la sonda vesical, la valoración del riesgo de caídas o la administración de medicamentos de alto riesgo.
2. Redactar el protocolo siguiendo la estructura de la Tabla 23.3, con al menos tres indicadores de la Tabla 23.4 y un algoritmo de decisión.

3. A partir de la Figura 23.1, entrevistar a dos profesionales del servicio para identificar las barreras y los facilitadores más probables en los niveles individual, del documento y organizativo.
4. Proponer un plan de implementación de tres meses que incluya capacitación, nombramiento de referentes, recordatorios en el punto de atención y un ciclo de auditoría y retroalimentación.
Producto. Documento del protocolo con su plan de implementación y una presentación oral de diez minutos ante el grupo, en la que otro equipo actuará como comité de calidad que revisa y aprueba el documento.

SECCIÓN IV. CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

CAPÍTULO 19. SISTEMAS DE GESTIÓN DE CALIDAD EN ENFERMERÍA: NORMAS ISO Y ACREDITACIÓN HOSPITALARIA

Calidad y seguridad del paciente

Competencias

7. Explicar los fundamentos conceptuales de los sistemas de gestión de calidad y su aplicación en los servicios de enfermería.
8. Diferenciar la certificación según normas ISO, la acreditación hospitalaria y los modelos de reconocimiento centrados en enfermería, en cuanto a su propósito, alcance y método de evaluación.
9. Identificar los requisitos de las normas ISO 9001 e ISO 7101 que comprometen directamente la gestión del cuidado.
10. Analizar críticamente la evidencia sobre el efecto de la acreditación y de la certificación en la calidad de la atención, la seguridad del paciente y el entorno de trabajo.
11. Planificar la participación del servicio de enfermería en la implantación, auditoría y mantenimiento de un sistema de gestión de calidad.
12. Valorar el marco normativo ecuatoriano de gestión de la calidad de la atención y proponer acciones para fortalecerlo desde la gestión de enfermería.

Introducción

Durante buena parte del siglo pasado, la calidad de la atención se entendió como una consecuencia natural de la competencia de los profesionales. Esa premisa se mostró insuficiente: buena parte de los daños asociados a la atención no se explica por la falta de conocimiento técnico, sino por procesos mal diseñados, responsabilidades difusas y organizaciones que no aprenden de sus errores (World Health Organization [WHO], 2024). La calidad debe gestionarse, en consecuencia, como un atributo del sistema y no solo como una virtud individual.

Los sistemas de gestión de calidad responden a esa necesidad, porque obligan a la organización a definir sus procesos, fijar objetivos medibles, asignar responsabilidades, evaluar resultados y corregir de forma sistemática lo que no funciona. En el sector conviven dos tradiciones: la industrial, expresada en las normas ISO 9001, cuya nueva edición se publicó en septiembre de 2026, e ISO 7101, diseñada en 2023 para las organizaciones de salud; y la sanitaria, expresada en los programas de acreditación hospitalaria, como los de Joint Commission International.

Para la enfermería, estos sistemas no son un asunto ajeno. Buena parte de sus requisitos se refiere a procesos que la enfermería ejecuta o coordina, como la identificación del paciente, la administración de medicamentos, la prevención de caídas y de infecciones, la continuidad del cuidado y los registros clínicos, de modo que la jefatura de enfermería ocupa una posición decisiva en su implantación.

Existen, a la vez, modelos de reconocimiento centrados en la propia práctica enfermera, como Magnet, que vinculan la calidad de la atención con la calidad del entorno de trabajo.

Este capítulo, que abre la Sección IV, presenta los fundamentos de la gestión de la calidad, las normas ISO y los programas de acreditación más relevantes, la evidencia sobre sus efectos, el papel del servicio de enfermería en su implantación y el marco ecuatoriano.

Fundamentos de la gestión de la calidad en salud

Del control de calidad a la gestión de la calidad

El concepto de calidad ha atravesado varias etapas. En la primera, la calidad se identificaba con la inspección: se revisaba el producto terminado para separar lo defectuoso. Aplicada a la salud, esta lógica corresponde a la revisión retrospectiva de historias clínicas o a la investigación de un evento adverso cuando ya ha ocurrido. En una segunda etapa, el aseguramiento de la calidad desplazó la atención hacia la prevención, mediante la definición de normas y procedimientos que redujeran la probabilidad de error.

La tercera etapa, la gestión de la calidad, integra la calidad en la dirección de la organización: la calidad deja de ser responsabilidad de un departamento especializado y pasa a formar parte de la estrategia, de la cultura y del trabajo cotidiano de todas las personas.

Esta evolución tiene una consecuencia directa para la gestión de enfermería. Un servicio que solo reacciona ante los incidentes, que confía la calidad a una oficina central o que evalúa su desempeño únicamente cuando lo exige una inspección, permanece en la lógica del control. Un servicio que define sus procesos clave, mide sus resultados de manera regular, analiza las causas de sus fallos y

planifica mejoras con la participación de su personal se sitúa en la lógica de la gestión.

Figura 40. El sistema de gestión de calidad de un servicio de enfermería



Fuente: Elaboración propia según la estructura de la norma ISO 9001.

24.1.2 Dimensiones de la calidad de la atención

La calidad de la atención es un concepto multidimensional. La norma ISO 7101 recoge un consenso ampliamente aceptado al establecer que los procesos de una organización de salud deben producir una atención oportuna, segura, efectiva, eficiente, equitativa y centrada en las personas (International Organization for Standardization [ISO], 2023). Cada una de estas dimensiones tiene una traducción concreta en el cuidado de enfermería, como se muestra en la tabla 24.1.

Tabla 2. Dimensiones de la calidad de la atención y ejemplos en el cuidado de enfermería

Interpretación de la tabla . Estas dimensiones no deben interpretarse como objetivos aislados. Una atención técnicamente correcta puede presentar dificultades de oportunidad o continuidad, mientras que una respuesta rápida no necesariamente asegura seguridad. La gestión de enfermería necesita equilibrar los criterios y examinar cuándo una mejora en un indicador desplaza recursos o introduce dificultades en otro.

Dimensión	Significado	Ejemplo en el cuidado de enfermería
Seguridad	Evitar daños a los pacientes como consecuencia de la atención	Doble verificación de medicamentos de alto riesgo; prevención de caídas y de lesiones por presión
Efectividad	Proporcionar cuidados basados en la evidencia a quienes pueden beneficiarse de ellos	Aplicación de protocolos actualizados para el manejo de catéteres y heridas
Oportunidad	Reducir esperas y demoras perjudiciales	Valoración de enfermería dentro de un plazo definido tras el ingreso; respuesta oportuna ante signos de alarma
Eficiencia	Evitar el desperdicio de recursos, tiempo y energía	Planificación del alta que evita prolongaciones innecesarias de la estancia
Equidad	Ofrecer una atención de igual calidad sin distinción por características personales o sociales	Educación adaptada al idioma, al nivel de alfabetización y a la cultura del paciente
Atención centrada en la persona	Respetar las preferencias, necesidades y valores del paciente y su familia	Participación del paciente en la entrega de turno y en la planificación del alta

Fuente: Elaboración propia a partir de ISO (2023) y WHO (2024).

Normas ISO aplicadas a los servicios de salud

24.2.1 La norma ISO 9001 y su edición de 2026

La ISO 9001 es la norma de gestión de calidad más difundida en el mundo y la única de su familia que puede certificarse; establece requisitos genéricos aplicables a cualquier organización. La edición publicada en septiembre de 2026, que sustituye a la de 2015, ofrece una redacción más clara, mayor énfasis en el liderazgo, la cultura de calidad y la rendición de cuentas, una orientación más precisa sobre riesgos y oportunidades, e incorpora la consideración del cambio climático (ISO/TC 176/SC 2, 2026).

Desde el 31 de marzo de 2028 solo podrán emitirse certificaciones según la nueva edición, y las organizaciones certificadas con la de 2015 deberán completar su transición antes del 30 de septiembre de 2029, lo que obliga a los hospitales certificados a planificar desde ahora la revisión de su documentación y de su análisis de riesgos.

La norma se organiza según la estructura armonizada común a las normas ISO de sistemas de gestión, en diez capítulos, de los cuales los capítulos 4 a 10 contienen los requisitos. La Tabla 24.2 resume esos requisitos y su aplicación en un servicio de enfermería.

Tabla 3. Requisitos de la norma ISO 9001 y su aplicación en un servicio de enfermería

Capítulo de la norma	**Contenido general**	**Aplicación en el servicio de enfermería**
4. Contexto de la organización	Comprensión del entorno, de las partes interesadas y del alcance del sistema; mapa de procesos	Identificar los procesos de cuidado del servicio y sus interacciones con otros servicios
5. Liderazgo	Compromiso de la dirección, política de calidad, roles y responsabilidades; cultura de calidad	Participación de la jefatura en la definición de objetivos; asignación explícita de responsables de procesos
6. Planificación	Riesgos y oportunidades, objetivos de calidad, planificación de cambios	Mapa de riesgos del servicio; objetivos medibles (por ejemplo, reducción de caídas)
7. Apoyo	Recursos, competencia, toma de conciencia, comunicación, información documentada	Dotación, formación continua, control de protocolos y registros
8. Operación	Planificación y control de los procesos de atención; control de los servicios prestados por terceros	Ejecución de los procesos de cuidado según protocolos; control de insumos y servicios externos
9. Evaluación del desempeño	Seguimiento, medición, análisis, auditoría interna y revisión por la dirección	Indicadores de enfermería, auditorías de registros, encuestas de satisfacción
10. Mejora	No conformidades, acciones correctivas y mejora continua	Análisis de eventos adversos, planes de mejora y verificación de su eficacia

Fuente. Elaboración propia a partir de ISO/TC 176/SC 2 (2026) y Boukhaldi et al. (2026).



Figura 41. Ruta de implementación de un sistema de gestión de calidad hacia la certificación o la acreditación

Fuente: Elaboración propia a partir de ISO/TC 176/SC 2 (2026) y Boukhaldi et al. (2026).

24.2.2 La norma ISO 7101: un sistema de gestión de calidad para organizaciones de salud

Una crítica frecuente a la ISO 9001 en hospitales ha sido su origen industrial, que obliga a traducir conceptos como "producto" o "cliente" a la realidad clínica. La ISO 7101, publicada en octubre de 2023, es la primera norma internacional que establece los requisitos de un sistema de gestión de calidad diseñado para organizaciones de salud de cualquier tipo y tamaño, con el propósito de producir una atención oportuna, segura, efectiva, eficiente, equitativa y centrada en las personas a lo largo del continuo asistencial (ISO, 2023).

Para la enfermería, la ISO 7101 ofrece un lenguaje más cercano a la práctica clínica que la ISO 9001 y se alinea con los conceptos de esta obra: la continuidad del cuidado (capítulo 21), la atención centrada en la persona y la seguridad del paciente. Al tratarse de una norma reciente, la evidencia sobre su aplicación es todavía escasa, y las instituciones que la adopten deberán documentar con cuidado su experiencia.

24.2.3 El proceso de certificación

La certificación es la declaración, por parte de un organismo independiente, de que el sistema de gestión de una organización cumple los requisitos de una norma. Conviene distinguir este concepto del de acreditación tal como se emplea en el ámbito de la normalización: allí, la acreditación es el reconocimiento formal de que el organismo certificador es competente para certificar (Mediavilla-Herrera, 2024).

En el sector de la salud, sin embargo, el término acreditación se utiliza sobre todo para designar la evaluación de un hospital frente a estándares sanitarios específicos, que se analiza en el apartado 24.3.

El proceso de certificación comprende un diagnóstico inicial frente a los requisitos de la norma, la implantación del sistema, al menos un ciclo completo de auditoría interna y revisión por la dirección, la auditoría externa, habitualmente en una etapa documental y otra en el terreno, y, una vez obtenido el certificado, auditorías anuales de seguimiento y una recertificación cada tres años. Cada no conformidad obliga a analizar sus causas y a verificar la eficacia de las acciones correctivas.

24.2.4 Evidencia sobre la aplicación de ISO 9001 en hospitales

La revisión sistemática de Boukhaldi et al. (2026), con 23 estudios sobre la ISO 9001 en hospitales, asoció su adopción con mejoras en la calidad de la atención, la seguridad del paciente y la eficiencia organizativa. Las barreras principales fueron la financiación limitada, la resistencia al cambio y la dificultad de adaptar una norma industrial a la práctica clínica; los factores de éxito, el compromiso del liderazgo, la participación del personal y el apoyo externo.

Para países de ingresos medios como el Ecuador, la lección es que el éxito no depende de la norma, sino de la forma en que se implanta: una certificación con documentación elaborada por consultores externos, sin participación del personal asistencial, difícilmente transforma la práctica.

Acreditación hospitalaria

24.3.1 Concepto y características

La acreditación hospitalaria es una evaluación externa que verifica si una organización de salud cumple un conjunto de estándares de calidad y seguridad elaborados específicamente para el sector. A diferencia de la certificación ISO, que evalúa el sistema de gestión con requisitos genéricos, la acreditación evalúa la práctica clínica y organizativa con estándares sanitarios: la evaluación del paciente, la administración de medicamentos, el control de infecciones, la cirugía segura, la gestión de las instalaciones o los derechos del paciente.

Los programas de acreditación comparten varias características. Son generalmente voluntarios, aunque en algunos países se vinculan con el financiamiento o con la habilitación para funcionar. Se basan en estándares publicados, revisados de forma periódica. Combinan una autoevaluación de la organización con una visita de evaluadores externos, que en su mayoría son profesionales de la salud con experiencia en gestión.

Y emplean métodos de evaluación centrados en la práctica real, como la metodología de trazadores, en la que los evaluadores siguen el recorrido de un paciente por los distintos servicios y conversan

con el personal que lo atiende, para comprobar que los estándares se cumplen en el terreno y no solo en los documentos.

24.3.2 Los estándares de Joint Commission International

Joint Commission International (JCI) es uno de los programas de acreditación internacional de mayor difusión. La octava edición de sus estándares para hospitales, vigente desde enero de 2025, incorpora una sección de impacto en la salud global con estándares de sostenibilidad ambiental, un capítulo de tecnología sanitaria que abarca la historia clínica electrónica, la telesalud y la ciberseguridad, y un nuevo capítulo de seguridad del paciente con una política de eventos centinela de enfoque no punitivo; refuerza los requisitos sobre pacientes vulnerables y violencia en el lugar de trabajo, y reduce entre un 10 y un 15 % el número total de estándares (Joint Commission International [JCI], 2024).

Para la enfermería, varios de estos cambios tienen implicaciones directas. El enfoque no punitivo de la notificación coincide con la cultura de seguridad discutida en el capítulo 22; los requisitos sobre la historia clínica electrónica afectan a los registros de enfermería; y los estándares sobre violencia en el lugar de trabajo protegen a un colectivo especialmente expuesto.

24.3.3 Certificación, acreditación y modelos de excelencia: diferencias

Los distintos modelos de gestión de calidad no son excluyentes, y muchas organizaciones combinan varios. La Tabla 24.3 resume sus diferencias principales.

Tabla 4. Comparación de los principales modelos de gestión de calidad aplicados en hospitales

Característica	ISO 9001	ISO 7101	Acreditación (por ejemplo, JCI)	Modelo de excelencia (por ejemplo, EFQM)
Origen	Industria; aplicable a cualquier organización	Específica para organizaciones de salud	Sector sanitario	Gestión empresarial; aplicable a cualquier organización
Objeto de evaluación	Sistema de gestión de calidad	Sistema de gestión de calidad en salud	Práctica clínica y organizativa frente a estándares sanitarios	Desempeño global de la organización
Forma de evaluación	Auditoría de certificación por un organismo independiente	Auditoría por un organismo independiente	Visita de evaluadores con metodología de trazadores	Autoevaluación y, opcionalmente, evaluación externa con puntuación

Característica	ISO 9001	ISO 7101	Acreditación (por ejemplo, JCI)	Modelo de excelencia (por ejemplo, EFQM)
Resultado	Certificado	Certificado	Acreditación por un período determinado	Reconocimiento o sello según la puntuación
Alcance habitual	Toda la organización o servicios concretos	Toda la organización	Toda la organización (acreditación) o servicios concretos (certificación de programas)	Toda la organización
Fortaleza principal	Disciplina en la gestión por procesos y en la documentación	Lenguaje y requisitos adaptados a la atención de salud	Centrada en la seguridad del paciente y en la práctica clínica	Visión integral de la excelencia y de los resultados

Fuente: Elaboración propia a partir de ISO (2023), ISO/TC 176/SC 2 (2026), JCI (2024) y Mediavilla-Herrera (2024).

24.3.4 Qué dice la evidencia sobre la acreditación

La revisión sistemática de Bhoomadevi et al. (2026), con 13 estudios, asoció la acreditación con mejoras en la seguridad del paciente, el desempeño organizativo y la calidad de la atención, aunque con efectos tan heterogéneos que no pudieron combinarse y que fueron menores en los países de ingresos bajos y medios. La sostenibilidad dependió de la gobernanza, de la capacidad de la fuerza laboral y del compromiso del liderazgo, mientras que la escasez de personal, las limitaciones financieras y la carga administrativa actuaron como barreras.

La acreditación no garantiza por sí misma mejores resultados: su valor reside en el proceso que desencadena, y sus beneficios tienden a desaparecer cuando se reduce a una campaña en los meses previos a la visita. Por ello, la preparación debe integrarse en el trabajo cotidiano.

El servicio de enfermería dentro del sistema de gestión de calidad

24.5.1 Responsabilidades de la gestión de enfermería

En una organización de salud, el servicio de enfermería suele ser el que concentra el mayor número de profesionales, el que participa en más procesos y el que mantiene un contacto continuo con el paciente. Por ello, su implicación determina en gran medida el éxito de cualquier sistema de gestión de calidad. La Tabla 24.4 resume las principales responsabilidades de la gestión de enfermería en relación con los requisitos de un sistema de calidad.

Tabla 5. Responsabilidades de la gestión de enfermería en el sistema de gestión de calidad

Ámbito	Responsabilidades de la jefatura y de las coordinaciones de enfermería
Liderazgo y planificación	Participar en la definición de la política y de los objetivos de calidad; traducirlos a objetivos del servicio; identificar los riesgos de los procesos de cuidado
Procesos	Describir los procesos de enfermería del servicio, sus responsables, entradas, salidas e indicadores; integrar los protocolos (capítulo 23)
Personas	Garantizar la dotación y la competencia del personal; planificar la formación en calidad y seguridad; promover la participación en equipos de mejora
Información documentada	Controlar la vigencia de protocolos, procedimientos y formatos; asegurar la calidad de los registros de enfermería
Seguimiento y medición	Medir indicadores de calidad del cuidado (capítulo 25); analizar resultados y tendencias; informar a la dirección
Auditoría y mejora	Participar en auditorías internas; analizar no conformidades y eventos adversos; implantar acciones correctivas y verificar su eficacia
Relación con el usuario	Gestionar la información y la educación del paciente; analizar quejas y sugerencias; promover la participación del paciente y de su familia

Fuente*:* Elaboración propia a partir de Boukhaldi et al. (2026), ISO (2023) y JCI (2024).

24.5.2 Información documentada y control de registros

Todo sistema de gestión de calidad exige controlar la información documentada: los documentos que indican cómo deben hacerse las cosas, como políticas, protocolos, procedimientos e instructivos, y los registros que demuestran lo que efectivamente se hizo, como la historia clínica, las hojas de valoración o las listas de verificación. En un servicio de enfermería, este control tiene dos dimensiones. La primera es la gestión documental: un repositorio único, versiones numeradas, revisión periódica y retiro de las versiones obsoletas, como se explicó en el capítulo 23.

La segunda es la calidad de los registros clínicos, que constituyen la principal evidencia, ante cualquier auditoría o evaluación externa, de que los cuidados se realizaron según lo planificado. Un registro incompleto o ilegible no solo dificulta la continuidad del cuidado, sino que impide

demostrar el cumplimiento de los estándares.

24.5.3 Auditorías internas, no conformidades y acciones correctivas

La auditoría interna es el instrumento con el que la organización verifica si su sistema funciona como está previsto. En enfermería suele centrarse en la adherencia a los protocolos, la calidad de los registros, la gestión de medicamentos, el control de infecciones y las prácticas de seguridad del paciente. Para que produzca cambios, sus resultados deben devolverse a los equipos con las condiciones de retroalimentación descritas en el capítulo 23 (Ivers et al., 2025).

Cuando una auditoría detecta una no conformidad, el sistema exige una secuencia definida: corregir el problema inmediato, analizar sus causas con herramientas como el diagrama de causa y efecto o los cinco porqués, definir acciones correctivas que actúen sobre esas causas, implantarlas y verificar después si fueron eficaces. El error más frecuente consiste en quedarse en la corrección inmediata, por ejemplo, completar un registro faltante, sin actuar sobre las causas, como la sobrecarga del turno o un formato inadecuado, de modo que el problema reaparece.

24.5.4 Preparación para la evaluación externa

La preparación para una auditoría de certificación o una visita de acreditación puede aprovecharse como aprendizaje mediante trazadores internos, en los que una enfermera de otro servicio sigue el recorrido de un paciente real; entrevistas simuladas con el personal; la revisión de una muestra de registros con los criterios de los evaluadores; y la comprobación de que las acciones correctivas anteriores se cerraron.

Ninguna de estas prácticas sustituye el trabajo continuo, porque los evaluadores distinguen con facilidad un servicio que cumple los estándares a diario de uno que se preparó solo para la visita.

Implantación y contexto ecuatoriano

24.6.1 Etapas de implantación

La implantación de un sistema de gestión de calidad, ya sea con fines de certificación, de acreditación o simplemente de mejora, puede organizarse en etapas sucesivas. El marco propuesto por Boukhaldi et al. (2026) para servicios clínicos de países emergentes, enriquecido con los elementos de este capítulo, permite plantear la siguiente secuencia:

1. Compromiso de la dirección. Decisión formal de la dirección del hospital, nombramiento de responsables y asignación de recursos, incluida la participación de la dirección de enfermería en el comité de calidad.
2. Diagnóstico y análisis de brechas. Comparación de la situación actual con los requisitos de la norma o con los estándares de acreditación elegidos, identificando las brechas por proceso y por servicio.
3. Planificación. Definición de la política y los objetivos de calidad, del mapa de procesos, del análisis de riesgos y de un cronograma de implantación realista.
4. Desarrollo e implantación. Elaboración o actualización de la documentación con la participación del personal; formación; puesta en marcha de los procesos y de los indicadores.
5. Verificación. Ciclos de auditoría interna, análisis de indicadores, gestión de no conformidades y revisión por la dirección.
6. Evaluación externa. Auditoría de certificación o visita de acreditación, cuando la organización lo decida.
7. Mantenimiento y mejora. Integración del sistema en la gestión cotidiana, con evaluaciones periódicas de su impacto y de su sostenibilidad.

24.6.2 Barreras, facilitadores y sostenibilidad

Las revisiones disponibles coinciden en las barreras más frecuentes: la escasez de personal, la falta de financiamiento, la carga administrativa, la resistencia al cambio y el estrés que generan los procesos de evaluación; coinciden también en los facilitadores: el compromiso sostenido del liderazgo, la participación activa del personal y el apoyo externo (Bhoomadevi et al., 2026; Boukhaldi et al., 2026).

La experiencia de Magnet4Europe añade que la percepción de una dotación adecuada se asoció con menos agotamiento y menor intención de abandono (Aiken et al., 2026), lo que sugiere que un sistema de calidad que añade carga administrativa sin reforzar la dotación difícilmente será sostenible.

24.6.3 El marco de gestión de la calidad en el Ecuador

En el Ecuador, la gestión de la calidad de los establecimientos de la Red Pública Integral de Salud se rige por la normativa del Ministerio de Salud Pública, que incluye el Manual de Gestión de la Calidad de la Atención, el reglamento de comités y equipos de mejoramiento, las prácticas de

seguridad del paciente y la medición de la satisfacción de los usuarios. El plan de calidad 2024 del Hospital General Dr.

Napoleón Dávila Córdova, de Chone, ilustra su concreción: un comité hospitalario de calidad, equipos de mejoramiento por servicio, comités técnicos de seguridad del paciente, infecciones, farmacoterapia y auditoría de la historia clínica, diecisiete prácticas de seguridad y la preparación para la acreditación como Establecimiento de Salud Amigo de la Madre y del Niño (Hospital General Dr. Napoleón Dávila Córdova, 2024).

Este marco ofrece a enfermería una estructura formal en la que participar, pero la existencia de comités y planes no garantiza su funcionamiento: los equipos de mejoramiento pueden quedarse en el cumplimiento formal si no cuentan con tiempo, formación y respaldo directivo.

Para la gestión de enfermería en el país se proponen varias líneas de acción: asegurar su representación activa en los comités de calidad y seguridad; vincular los indicadores del servicio con los del plan institucional; organizar la documentación de enfermería según los requisitos de un sistema de gestión, con la ISO 7101 como referencia; formar referentes de calidad por unidad; y aprovechar programas nacionales de acreditación, como el de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y del Niño, para extender una cultura de evaluación a otros procesos.

Síntesis

La calidad de la atención es un atributo del sistema y debe gestionarse de forma deliberada. Los sistemas de gestión de calidad proporcionan la estructura para hacerlo: definen procesos, objetivos y responsabilidades, controlan la información, evalúan los resultados y corrigen de forma sistemática lo que no funciona, con el ciclo PHVA y el pensamiento basado en riesgos como herramientas transversales.

En los hospitales coexisten modelos complementarios: la ISO 9001, cuya edición de 2026 refuerza el liderazgo y la gestión de riesgos; la ISO 7101, que traduce esos requisitos al lenguaje de la salud; la acreditación hospitalaria, que evalúa la práctica clínica mediante métodos como los trazadores; y los modelos centrados en enfermería, como Magnet.

La certificación y la acreditación se asocian con mejoras en la calidad y la seguridad, aunque con efectos heterogéneos y menores en los países de ingresos medios y bajos, y su sostenibilidad depende del liderazgo, de la participación del personal y de una dotación adecuada. En el Ecuador, el servicio de enfermería es decisivo para convertir los comités, equipos de mejoramiento y prácticas de seguridad establecidos por el Ministerio de Salud Pública en un trabajo efectivo y

sostenido.

Actividades para estudiantes

Actividad 1. Análisis de brechas de un servicio de enfermería frente a un sistema de gestión de calidad

Objetivo**.** Identificar las brechas entre la situación real de un servicio de enfermería y los requisitos de un sistema de gestión de calidad, y proponer acciones prioritarias.

Desarrollo.

1. En equipos de cuatro estudiantes, seleccionar un servicio de enfermería del establecimiento de prácticas preprofesionales.
2. Con base en la Tabla 24.2 y en la Tabla 24.4, elaborar una lista de verificación con al menos 20 requisitos agrupados por ámbito: liderazgo y planificación, procesos, personas, información documentada, seguimiento y medición, auditoría y mejora, y relación con el usuario.
3. Con autorización de la jefatura, aplicar la lista mediante observación, revisión de documentos y una entrevista breve con la enfermera responsable. Clasificar cada requisito como cumplido, parcialmente cumplido o no cumplido, y registrar la evidencia.
4. Priorizar las tres brechas más relevantes según su efecto en la seguridad del paciente y su factibilidad de corrección, y proponer para cada una una acción, un responsable, un plazo y un indicador.

Producto**.** Informe de cuatro a cinco páginas con la lista de verificación aplicada, el análisis de brechas y el plan de acción, con citas en formato APA 7.

Actividad 2. Simulación de una visita de acreditación con metodología de trazadores

Objetivo. Aplicar la metodología de trazadores para evaluar, desde la perspectiva de un evaluador externo, el cumplimiento de estándares de calidad y seguridad en el recorrido de un paciente.

Desarrollo.

1. El docente presenta un caso clínico de un paciente que ingresa por emergencia, es hospitalizado, recibe un procedimiento quirúrgico y es dado de alta.
2. El grupo se divide en dos roles: un equipo de evaluadores y un equipo del servicio evaluado. Los evaluadores preparan, para cada etapa del recorrido, al menos tres preguntas y dos registros que

solicitarían, centrados en la identificación del paciente, la administración de medicamentos, la prevención de caídas e infecciones, la continuidad del cuidado y la educación del paciente.

3. Se simula la visita: los evaluadores entrevistan al equipo del servicio, que responde con base en los protocolos y formatos estudiados en la Sección III y en este capítulo.

4. Al final, los evaluadores presentan un informe verbal con fortalezas, oportunidades de mejora y posibles no conformidades, y el equipo evaluado propone las acciones correctivas correspondientes.

Producto. Guía de trazador elaborada por los evaluadores, informe de hallazgos y plan de acciones correctivas, con una reflexión individual de una página sobre lo aprendido.

CAPÍTULO 20. INDICADORES DE CALIDAD DEL CUIDADO Y AUDITORÍA DE ENFERMERÍA

Competencias

1. Explicar el concepto de indicador de calidad y clasificar los indicadores del cuidado de enfermería según el modelo de estructura, proceso y resultado.
2. Identificar los indicadores sensibles a la práctica de enfermería y valorar críticamente sus fortalezas y limitaciones.
3. Construir la ficha técnica de un indicador con criterios de validez, fiabilidad, relevancia y factibilidad.
4. Analizar e interpretar indicadores mediante tasas, tendencias y gráficos de control, evitando conclusiones erróneas.
5. Planificar y ejecutar una auditoría de enfermería, desde la definición de criterios hasta la retroalimentación y la reauditoría.
6. Proponer un sistema de indicadores y de auditoría adaptado a un servicio de enfermería en el contexto ecuatoriano.

Introducción

Lo que no se mide difícilmente puede gestionarse. La afirmación, repetida con frecuencia en la literatura sobre calidad, tiene en enfermería un significado particular. El cuidado de enfermería ocupa la mayor parte del tiempo de atención que recibe un paciente hospitalizado y, sin embargo, buena parte de él permanece invisible en los sistemas de información.

Las estadísticas hospitalarias registran diagnósticos, procedimientos, estancias y defunciones, pero rara vez muestran si el paciente fue movilizado a tiempo, si recibió la educación necesaria para su alta o si una enfermera detectó a tiempo un deterioro clínico. Sin indicadores propios, la contribución de la enfermería a los resultados de salud queda oculta, y con ella los argumentos para defender la dotación, la formación y la autonomía profesional.

Los indicadores de calidad del cuidado cumplen una doble función. Hacia el interior del servicio, permiten conocer cómo se cuida, detectar problemas, priorizar mejoras y comprobar si los cambios producen el efecto esperado; hacia el exterior, permiten rendir cuentas a la dirección, a los pacientes y a la autoridad sanitaria, y demostrar el valor de la enfermería. Ambas funciones exigen indicadores bien construidos, datos fiables y una interpretación prudente.

La auditoría de enfermería complementa a los indicadores: mientras el indicador muestra una cifra, la auditoría examina en profundidad la práctica o los registros, compara lo que se hizo con lo que debía hacerse y busca las causas de las diferencias. Bien utilizada es una herramienta de aprendizaje; mal utilizada, se convierte en un ejercicio burocrático que genera estrés y desplaza la atención del paciente hacia el formulario (Michl et al., 2023).

Este capítulo desarrolla ambos instrumentos, desde el diseño y la interpretación de indicadores hasta el ciclo de auditoría, y concluye con su aplicación en el contexto ecuatoriano.

Fundamentos de la medición de la calidad del cuidado

Qué es un indicador de calidad

Un indicador de calidad es una medida cuantitativa que se utiliza para valorar un aspecto concreto de la atención. No es una medida directa de la calidad, que es un concepto complejo y multidimensional, sino una señal que llama la atención sobre un aspecto que conviene vigilar. Un

aumento de la tasa de caídas, por ejemplo, no demuestra por sí solo que el cuidado haya empeorado, pero obliga a investigar qué está ocurriendo.

Los indicadores pueden clasificarse según varios criterios. Según el aspecto de la atención que miden, se distinguen indicadores de estructura, de proceso y de resultado. Según su forma de cálculo, pueden ser tasas, proporciones, razones o medias. Según su finalidad, pueden servir para el seguimiento interno de un servicio, para la comparación entre unidades o instituciones o para la rendición de cuentas.

Y según el tipo de suceso que reflejan, pueden ser indicadores centinela, que miden hechos graves e infrecuentes, cada uno de los cuales merece un análisis individual, como una muerte materna o un error de medicación con daño grave, o indicadores basados en tasas, que miden hechos más frecuentes cuya interpretación se hace en conjunto.

El modelo de estructura, proceso y resultado

El modelo propuesto por Avedis Donabedian sigue siendo el marco más utilizado para organizar la medición de la calidad. Una revisión de alcance reciente sobre los instrumentos para valorar la calidad del cuidado de enfermería encontró que la mayoría se basa en este modelo (Correia et al., 2025). Su lógica es sencilla: una estructura adecuada, es decir, personal suficiente y competente, recursos materiales e instalaciones, aumenta la probabilidad de que los procesos de atención sean correctos, y unos procesos correctos aumentan la probabilidad de obtener buenos resultados.

Cada tipo de indicador tiene ventajas y limitaciones. Los indicadores de estructura son fáciles de medir y tienen una relación demostrada con los resultados en algunos casos, como la dotación de enfermeras profesionales, cuya insuficiencia se asocia con mayor mortalidad (Saville et al., 2025; Zaranko et al., 2023); pero no garantizan por sí solos una buena atención.

Los indicadores de proceso son los más útiles para la gestión cotidiana, porque reflejan directamente lo que hacen los profesionales y permiten actuar con rapidez; sin embargo, solo son válidos si existe evidencia de que el proceso medido influye en los resultados.

Los indicadores de resultado son los que más interesan a los pacientes, pero dependen de muchos factores ajenos a la atención, como la gravedad de la enfermedad o las condiciones sociales, y requieren con frecuencia un ajuste por riesgo y un número suficiente de casos.



Figura 42. Modelo de estructura, proceso y resultado aplicado a la prevención de lesiones por presión

Fuente: Elaboración propia con base a Correia, P., Bernardes, R. A., & Caldeira, S. (2025).

Indicadores sensibles a la práctica de enfermería

Los indicadores sensibles a la práctica de enfermería son aquellos en los que la intervención de las enfermeras tiene una influencia demostrable. Los más utilizados en hospitales incluyen las caídas, las lesiones por presión, las infecciones asociadas a dispositivos, los errores de medicación, el dolor no controlado, la contención física, el fallo en el rescate ante un deterioro clínico y la satisfacción del paciente con el cuidado de enfermería, junto con indicadores de estructura como las horas de atención por paciente y día o la proporción de enfermeras profesionales.

La investigación reciente muestra, sin embargo, limitaciones importantes. La revisión sistemática de McEvoy et al. (2025) identificó 55 resultados sensibles a la enfermería en cuidados agudos y críticos y concluyó que, en su mayoría, son inadecuados para captar el trabajo de las enfermeras, por lo que recomienda medidas que reflejen la presencia de la enfermería y no solo las consecuencias de su ausencia.

En urgencias, una revisión paraguas identificó 35 resultados, con predominio de los tiempos de espera y la satisfacción, y describió el campo como un reto conceptual todavía temprano (Feller et al., 2023).

Esta observación tiene una consecuencia práctica. Muchos indicadores tradicionales de enfermería miden fallos: caídas, lesiones, infecciones o errores. Son necesarios, pero no reflejan aspectos centrales del cuidado, como la educación del paciente, la preparación para el autocuidado, el alivio del sufrimiento o la coordinación de la atención. Un sistema de indicadores de enfermería debería incorporar progresivamente medidas de estos aspectos, aunque su construcción sea más difícil.

Diseño y construcción de indicadores

Atributos de un buen indicador

La factibilidad merece una consideración especial. Un indicador que exige revisar manualmente decenas de historias clínicas cada mes puede ser válido, pero difícilmente se sostendrá en un servicio con escasez de personal. La integración de los datos de enfermería en la historia clínica electrónica, mediante terminologías estandarizadas y valoraciones estructuradas, facilita su reutilización para la gestión y reduce la carga de la medición (Bertocchi et al., 2025).

La ficha técnica

Cada indicador debe definirse en una ficha técnica que elimine cualquier ambigüedad sobre su cálculo. Sin una ficha, dos unidades pueden medir “caídas” de forma distinta, por ejemplo, incluyendo o no las caídas sin lesión, o los pacientes de consulta externa, y sus resultados dejan de ser comparables.

La ficha técnica de caídas con lesión muestra por qué un indicador debe definir con precisión su numerador, denominador, periodo y fuente de información. Sin esas condiciones, las comparaciones entre servicios pueden reflejar diferencias de registro antes que cambios reales en la seguridad del paciente.

Metas, estándares y ajuste por riesgo

Un indicador sin referencia carece de sentido: un 82 % de cumplimiento puede ser excelente o inaceptable según lo que se espere. Las metas pueden fijarse a partir de la normativa, de la evidencia, de la comparación con otras instituciones o de la propia línea de base del servicio. Para los procesos con evidencia sólida y bajo riesgo de efectos adversos, como la identificación correcta del paciente, el estándar debería acercarse al cumplimiento total.

Para los resultados, en cambio, es preferible fijar metas de mejora respecto de la línea de base, porque los valores dependen del tipo de pacientes atendidos.

Cuando se comparan resultados entre unidades o instituciones con pacientes diferentes, es necesario el ajuste por riesgo. Comparar la tasa de lesiones por presión de una unidad de cuidados intensivos con la de una unidad de cirugía ambulatoria, sin considerar la gravedad y la dependencia de los pacientes, conduce a conclusiones erróneas y puede desincentivar la atención de los pacientes más complejos. La clasificación de pacientes por complejidad, desarrollada en el capítulo 20, proporciona información útil para este ajuste.

Un sistema de indicadores para el cuidado de enfermería

Catálogo básico de indicadores

Un servicio de enfermería no necesita decenas de indicadores. Un conjunto reducido, bien definido y realmente utilizado es preferible a una lista extensa que nadie analiza. La Tabla 25.3 propone un catálogo básico para unidades de hospitalización, que cada institución debe adaptar a su perfil de pacientes y a sus prioridades.

El cuidado omitido como indicador

El cuidado omitido, también denominado cuidado perdido o racionado, se refiere a los aspectos del cuidado requerido que se omiten o se retrasan, y se mide habitualmente con cuestionarios validados aplicados a las enfermeras: muestra lo que no se hace, y no solo los daños que se producen.

El metaanálisis de Sarpong et al. (2026), con 45 estudios y unos 139 000 enfermeros, encontró que las actividades más omitidas fueron la deambulación del paciente (cerca del 46 %), la higiene bucal (36 %), el apoyo emocional (33 %), el baño (31 %) y la alimentación (30 %), y señaló la capacidad limitada de la fuerza laboral como factor determinante.

El cuidado omitido se relaciona también con la cultura de seguridad, con la que guarda una correlación negativa significativa ($r = -0{,}205$; Labrague y Cayaban, 2025). Por ello es un indicador especialmente valioso: vincula la dotación, la cultura de seguridad y la calidad del cuidado, y señala qué actividades se sacrifican cuando la carga excede la capacidad del equipo.

La experiencia del paciente

La experiencia del paciente con el cuidado de enfermería es un componente indispensable de la calidad, pero su medición plantea dificultades. Las encuestas de satisfacción tienden a producir resultados muy altos, lo que limita su capacidad para detectar problemas.

Un estudio con 340 pacientes hospitalizados en un hospital general del Ecuador encontró que el 94,5 % de las respuestas sobre la calidad de la atención de enfermería y el 95,5 % de las de satisfacción fueron positivas; las negativas, entre el 4,6 % y el 9,8 %, se concentraron en la comunicación y la privacidad (Freire Heredia y Delgado Mosquera, 2026). El verdadero valor de la encuesta está, por ello, en ese pequeño porcentaje de respuestas negativas y en los comentarios abiertos.

La revisión de Correia et al. (2025) identificó como limitaciones frecuentes de los instrumentos el sesgo de la autoevaluación, la sensibilidad al contexto cultural y los efectos de techo, de modo que conviene preferir instrumentos validados y complementar las preguntas de satisfacción con preguntas sobre experiencias concretas, como si se explicaron los medicamentos o si se respetó la privacidad.

Análisis, interpretación y comunicación de los indicadores

Tasas, proporciones y tendencias

La forma de expresar un indicador condiciona su interpretación. Los sucesos que pueden ocurrir varias veces al mismo paciente y cuya probabilidad aumenta con la duración de la estancia, como las caídas o los errores de medicación, deben expresarse como tasas por días-paciente, habitualmente por cada 1000; expresarlos como porcentaje de pacientes ingresados ignoraría el tiempo de exposición. Los procesos que deben realizarse una vez por paciente, como la valoración del riesgo al ingreso, se expresan en cambio como proporciones.

Un valor aislado dice poco. La interpretación requiere observar la tendencia a lo largo del tiempo, preferiblemente con al menos 12 a 20 puntos de medición, y considerar el tamaño de la muestra. En una unidad pequeña, una sola caída puede duplicar la tasa de un mes al siguiente sin que el cuidado haya cambiado. Por ello, conviene evitar las reacciones precipitadas ante variaciones mensuales y analizar los datos en series temporales.

Variación común y variación especial

Todo proceso presenta variación. La pregunta clave para la gestión es si la variación observada es la habitual del proceso, denominada variación común, o si responde a una causa especial que merece investigación. Los gráficos de control, procedentes del control estadístico de procesos, permiten responder a esta pregunta. Representan el indicador a lo largo del tiempo junto con una línea central y unos límites de control calculados a partir de los propios datos.

Un punto fuera de los límites, o determinadas secuencias, como varios puntos consecutivos por encima de la media, indican una variación especial.

La distinción tiene consecuencias prácticas. Ante una variación especial, lo adecuado es investigar la causa concreta, por ejemplo, la incorporación de personal nuevo sin formación o un cambio de proveedor de insumos. Ante una variación común con un nivel insatisfactorio, en cambio, no tiene sentido buscar culpables en cada mes desfavorable: el problema está en el diseño del proceso, y solo un cambio en ese diseño mejorará los resultados.

Confundir ambos tipos de variación conduce a dos errores frecuentes: reaccionar ante el ruido con medidas innecesarias o ignorar una señal real de deterioro.

Tableros de indicadores y comparación entre unidades

Los tableros de indicadores presentan de forma sintética los principales resultados de un servicio, habitualmente con un código de colores que indica si el valor está dentro de la meta, en zona de alerta o fuera de ella.

Su utilidad depende de algunas condiciones: deben incluir pocos indicadores, mostrar la tendencia y no solo el último valor, estar al alcance del equipo asistencial y no solo de la dirección, y revisarse en espacios definidos, como los huddles o las reuniones mensuales del servicio, descritos en el capítulo 22. La comparación entre unidades o instituciones, o benchmarking, puede estimular la mejora cuando se realiza con indicadores definidos de forma idéntica y, en el caso de los resultados, con ajuste por riesgo.

Sin estas condiciones, la comparación genera desconfianza y puede inducir a manipular los datos, por ejemplo, reduciendo la notificación de incidentes para mejorar la posición en una clasificación. Un principio útil para evitarlo es separar los indicadores destinados al aprendizaje interno de los destinados a la rendición de cuentas, y no utilizar los primeros para sancionar.

Auditoría de enfermería

Concepto y propósito

La auditoría de enfermería es la evaluación sistemática de la calidad del cuidado mediante la comparación de la práctica o de los registros con criterios y estándares explícitos. Su propósito no es fiscalizar ni sancionar, sino identificar diferencias entre lo que se hace y lo que debería hacerse, comprender sus causas y orientar la mejora.

En este sentido, la auditoría de enfermería se inscribe en la tradición de la auditoría clínica, entendida como un ciclo de mejora que no termina con el informe, sino con la verificación de que los cambios produjeron el efecto esperado.

La auditoría se diferencia de otras formas de control por tres rasgos: utiliza criterios definidos de antemano y conocidos por los evaluados; se basa en una muestra seleccionada con un método explícito; y concluye con una retroalimentación a los profesionales y un plan de acción. Una revisión informal de historias clínicas, sin criterios ni devolución, no constituye una auditoría.

Tipos de auditoría

La clasificación de las auditorías de enfermería permite comprender que la evaluación de la calidad asistencial no responde a un procedimiento único, sino a diferentes enfoques que se complementan según las necesidades de cada institución sanitaria. Desde el criterio temporal, las auditorías retrospectivas permiten identificar deficiencias en los cuidados proporcionados mediante la revisión de registros clínicos, mientras que las concurrentes ofrecen la posibilidad de detectar y corregir oportunamente situaciones que podrían comprometer la seguridad del paciente durante su hospitalización. Esta diferencia resulta especialmente importante porque distingue entre una evaluación orientada al aprendizaje posterior y otra vinculada con la mejora inmediata de la atención.

En cuanto al objeto de evaluación, las auditorías de registros, procesos y resultados permiten examinar dimensiones distintas de la práctica profesional. La primera verifica la calidad de la documentación clínica; la segunda analiza el cumplimiento de procedimientos y protocolos establecidos; y la tercera valora los resultados obtenidos mediante las intervenciones de enfermería. Su aplicación conjunta proporciona una visión más completa de la calidad del cuidado, dado que una documentación adecuada no garantiza necesariamente una ejecución correcta de los procedimientos, del mismo modo que el cumplimiento de un protocolo no asegura por sí solo resultados clínicos favorables.

Por otra parte, la distinción entre auditorías internas y externas evidencia la importancia de combinar la autoevaluación institucional con mecanismos independientes de verificación. Las auditorías internas favorecen la participación del personal, la identificación de oportunidades de mejora y el fortalecimiento de una cultura organizacional orientada a la calidad. Las externas, en cambio, aportan una valoración independiente del cumplimiento de estándares y requisitos establecidos. Finalmente, las auditorías focalizadas permiten intervenir sobre problemas específicos que requieren atención prioritaria, mientras que las integrales ofrecen una perspectiva general del funcionamiento de los servicios de enfermería.

En conjunto, estas modalidades constituyen herramientas complementarias para la gestión del cuidado, ya que facilitan la identificación de riesgos, el seguimiento de indicadores, la evaluación

del desempeño profesional y la formulación de acciones correctivas. Su efectividad depende de que los hallazgos no se limiten a señalar incumplimientos, sino que se traduzcan en decisiones de mejora, responsables definidos y mecanismos de seguimiento que permitan verificar los cambios alcanzados. De esta manera, la auditoría adquiere un carácter formativo, preventivo y estratégico dentro de la administración de los servicios de enfermería.

El ciclo de auditoría clínica

La auditoría de enfermería sigue un ciclo de fases sucesivas, que conviene planificar en su totalidad desde el inicio:

- Selección del tema. Se elige un proceso o problema relevante por su frecuencia, gravedad, costo o variabilidad, o por existir indicios de un desempeño insatisfactorio.
- Definición de criterios y estándares. Se establecen criterios explícitos, medibles y basados en la evidencia o en los protocolos vigentes, y el nivel de cumplimiento esperado para cada uno. Se recomienda un número reducido de criterios críticos.
- Diseño de la medición. Se define la población, el período, el tamaño y el método de selección de la muestra, la fuente de datos y el instrumento de recolección, y se prueba el instrumento para asegurar que distintos auditores lo apliquen de forma consistente.
- Recolección de datos. Se aplica el instrumento a la muestra, garantizando la confidencialidad de pacientes y profesionales.
- Análisis y comparación con el estándar. Se calcula el cumplimiento de cada criterio y se identifican las brechas y sus posibles causas.
- Retroalimentación. Se devuelven los resultados a los equipos y a los profesionales, con comparación frente a la meta y con un plan de acción concreto.
- Implantación de mejoras. Se ejecutan las acciones acordadas, dirigidas a las causas identificadas.
- Reauditoría. Se vuelve a medir con los mismos criterios para comprobar si las acciones fueron eficaces.



Figura 43. Ciclo de auditoría clínica de enfermería

Fuente: Creación propia con base a Ivers, N., et al. (2025).

La fase más descuidada suele ser la última. Una auditoría que no vuelve a medir no permite saber si las acciones fueron eficaces y convierte el ciclo en un ejercicio de diagnóstico sin consecuencias.

Retroalimentación y efectos no deseados de la auditoría

La retroalimentación es el componente que convierte la auditoría en una herramienta de mejora. Como se expuso en el capítulo 23, la auditoría con retroalimentación mejora en promedio un 6,2 % el cumplimiento de la práctica deseada, con mayor efecto cuando se compara con metas explícitas, la entrega una persona de referencia y se acompaña de un plan de acción concreto (Ivers et al., 2025).

La auditoría también puede producir efectos no deseados. En grupos focales con 94 enfermeras australianas, las participantes valoraron la mejora de la calidad, pero advirtieron que una auditoría fallida no equivale a un cuidado fallido y describieron una tensión entre una documentación diseñada para la auditoría y una documentación útil para el trabajo, con consecuencias indeseadas para los pacientes (Michl et al., 2023).

Una revisión integradora posterior encontró que la auditoría se percibe como oportunidad de desarrollo profesional, pero también se asocia con agotamiento y pérdida de motivación cuando se plantea de forma inadecuada (Michl et al., 2024).

De estos hallazgos se derivan algunas recomendaciones: auditar pocos criterios, relevantes y claramente vinculados con la calidad del cuidado; involucrar a las enfermeras en la definición de los criterios y en el análisis de los resultados; entregar la retroalimentación de forma constructiva, en privado cuando es individual y con reconocimiento de los logros; evitar el uso punitivo de los

resultados; y revisar periódicamente los formularios de registro para eliminar duplicidades que aumentan la carga sin aportar valor.

Aplicación en el contexto ecuatoriano

Indicadores en el marco de gestión de la calidad del Ministerio de Salud Pública

En los hospitales del Ministerio de Salud Pública, los indicadores y las auditorías se organizan dentro del marco de gestión de la calidad descrito en el capítulo 24. El plan de calidad 2024 del Hospital General Dr.

Napoleón Dávila Córdova incluye encuestas digitales de satisfacción, vigilancia de la higiene de manos y de los paquetes de prevención de infecciones, indicadores maternos y neonatales y auditorías de casos, bajo la responsabilidad de comités técnicos que incluyen uno de auditoría de la calidad de la atención y de la historia clínica (Hospital General Dr. Napoleón Dávila Córdova, 2024).

Este marco deja espacio para desarrollar indicadores específicos del cuidado de enfermería, cuya contribución se diluye en indicadores mayoritariamente médicos, epidemiológicos o de satisfacción general. Los estudios ecuatorianos de satisfacción con el cuidado muestran resultados positivos, pero señalan áreas de mejora en la comunicación y la privacidad que solo pueden gestionarse si se miden de forma específica y periódica (Freire Heredia y Delgado Mosquera, 2026).

Recomendaciones para los servicios de enfermería

A partir de lo expuesto, se proponen las siguientes recomendaciones para los servicios de enfermería del país:

a) Definir un conjunto básico de indicadores de enfermería. Seleccionar entre ocho y doce indicadores de estructura, proceso y resultado, a partir de un catálogo como el de la Tabla 25.3, con fichas técnicas acordadas en toda la institución.

b) Integrar la medición en el registro clínico. Aprovechar la historia clínica electrónica, donde exista, para obtener automáticamente los datos de las valoraciones y los planes de cuidados, y reducir la recolección manual.

c) Medir el cuidado omitido. Incorporar periódicamente un instrumento validado de cuidado omitido, que complementa los indicadores de resultado y aporta argumentos sobre la dotación.

d) Analizar con series temporales. Representar los indicadores en gráficos de tendencia o de control y discutirlos en los espacios de trabajo del equipo, evitando las reacciones ante variaciones aisladas.

e) 5.Planificar auditorías completas. Programar un número limitado de auditorías al año, con criterios explícitos, retroalimentación constructiva y reauditoría.

f) Vincular indicadores y dotación. Relacionar los indicadores de resultado y de cuidado omitido con los datos de la clasificación de pacientes y de la dotación, para sustentar ante la dirección las necesidades de personal.

g) Formar referentes. Capacitar en cada unidad a enfermeras responsables de la medición y de la auditoría, y reconocer su labor dentro de la carga de trabajo.

Síntesis

Los indicadores de calidad del cuidado hacen visible la contribución de la enfermería a los resultados de salud y permiten gestionar la calidad con datos. El modelo de estructura, proceso y resultado sigue siendo el marco de referencia, y un sistema equilibrado combina los tres tipos de indicadores, vinculados entre sí.

Los indicadores sensibles a la práctica de enfermería, como las caídas, las lesiones por presión o las infecciones asociadas a dispositivos, son necesarios, pero la evidencia reciente señala que todavía captan de forma insuficiente el trabajo de las enfermeras, por lo que conviene incorporar medidas como el cuidado omitido y la experiencia del paciente.

Un buen indicador es relevante, válido, fiable, sensible a la práctica de enfermería, factible y útil para la acción; se define en una ficha técnica y se interpreta observando tendencias, distinguiendo la variación común de la especial y comparando solo con indicadores homogéneos y ajustados por riesgo.

La auditoría complementa a los indicadores mediante un ciclo que va de la definición de criterios a la reauditoría, y su efectividad depende de una retroalimentación bien planteada; mal utilizada, burocratiza el registro y genera estrés, riesgos que se previenen con pocos criterios relevantes, participación de las enfermeras y un uso no punitivo de los resultados. En el Ecuador, el marco institucional de gestión de la calidad ofrece la base para que los servicios de enfermería construyan un sistema propio de indicadores y auditorías.

Actividades para estudiantes

Actividad 1. Construcción y análisis de un indicador sensible a la práctica de enfermería

Objetivo. Diseñar la ficha técnica de un indicador sensible a la práctica de enfermería y analizar una serie de datos con criterios de variación común y especial.

Desarrollo.

1. En parejas, seleccionar un indicador del catálogo de la Tabla 25.3 y elaborar su ficha técnica completa, siguiendo el modelo de la Tabla 25.2.
2. Valorar el indicador según los atributos de la Tabla 25.1 y justificar su sensibilidad a la práctica de enfermería con al menos dos fuentes de 2023 a 2026.
3. Con los datos mensuales de 18 meses que proporciona el docente para una unidad hipotética, construir un gráfico de tendencia con su línea central, identificar si existen señales de variación especial y redactar una interpretación de media página.
4. Proponer dos acciones de mejora coherentes con la interpretación y un indicador de proceso que permita vigilar su aplicación.

Producto. Ficha técnica, gráfico de tendencia comentado y propuesta de mejora en un documento de tres páginas, con citas en formato APA 7.

Actividad 2. Ciclo completo de auditoría de registros de enfermería

Objetivo. Planificar y ejecutar una auditoría de registros de enfermería, entregar retroalimentación constructiva y proponer una reauditoría.

Desarrollo.

1. En grupos de cuatro estudiantes, y con autorización de la jefatura del servicio de prácticas, seleccionar un proceso del cuidado y definir entre cinco y siete criterios con su estándar, tomando como modelo la Tabla 25.5.
2. Diseñar el instrumento de recolección, definir el tamaño y el método de selección de la muestra y probar el instrumento con dos historias clínicas para comprobar que todos los integrantes lo aplican de igual manera.
3. Auditar una muestra de al menos 20 historias clínicas, garantizando la confidencialidad, y calcular el cumplimiento de cada criterio.
4. Preparar una sesión de retroalimentación simulada de diez minutos para el equipo del servicio, que incluya los logros, la comparación con el estándar, las posibles causas de las brechas y un plan de acción con responsables y plazos. Otro grupo actuará como equipo receptor y valorará la

retroalimentación según las características descritas en el apartado 25.5.4.

5. Proponer la fecha y el diseño de la reauditoría.

Producto. Informe de auditoría de cuatro a cinco páginas con el instrumento, los resultados, el plan de acción y la propuesta de reauditoría, y una reflexión individual sobre los posibles efectos no deseados de la auditoría en el servicio.

CAPÍTULO 21. BIOSEGURIDAD Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD

Competencias

- Describir los componentes de un programa de prevención y control de infecciones y la función de la gestión de enfermería en su organización.
- Aplicar y supervisar las precauciones estándar y las basadas en la transmisión, incluida la higiene de manos y el uso racional del equipo de protección personal.
- Planificar la implantación de paquetes de medidas para prevenir las infecciones asociadas a dispositivos y al procedimiento quirúrgico.
- Organizar la bioseguridad del personal de enfermería, con énfasis en la prevención de accidentes con riesgo biológico.
- Analizar la normativa ecuatoriana de prevención y control de infecciones y proponer su aplicación en un servicio de enfermería

Introducción

Las infecciones asociadas a la atención en salud figuran entre los eventos adversos más frecuentes y, al mismo tiempo, entre los más prevenibles. Un paciente que ingresa a un hospital para tratar una fractura o una neumonía puede salir con una infección del torrente sanguíneo asociada a un catéter, una infección urinaria asociada a una sonda o una neumonía asociada a la ventilación mecánica, con el consiguiente aumento del sufrimiento, la estancia, los costos y el riesgo de muerte. Muchas de estas infecciones son causadas por microorganismos resistentes a los antimicrobianos, lo que agrava el problema y lo convierte en una amenaza para la salud pública mundial.

La Organización Mundial de la Salud advierte que el riesgo de adquirir una infección durante la atención es hasta 20 veces mayor en los países de ingresos bajos y medios que en los de ingresos altos, y que solo el 6 % de los países cumplía en 2023–2024 todos los requisitos mínimos de prevención y control de infecciones (World Health Organization [WHO], 2024). La distancia entre lo que se sabe y lo que se hace sigue siendo amplia.

La enfermería ocupa un lugar central en esta tarea: inserta y mantiene catéteres, manipula sondas y circuitos de ventilación, realiza curaciones, administra medicamentos por vía parenteral, educa a pacientes y familias y supervisa la limpieza del entorno inmediato del paciente, a la vez que es uno de los colectivos más expuestos a los riesgos biológicos. Por ello, la bioseguridad y el control de infecciones no son solo una responsabilidad de los comités especializados, sino una dimensión cotidiana de la gestión del cuidado. Este capítulo los aborda desde esa perspectiva y concluye con la aplicación de la Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud, expedida en 2025 por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Las infecciones asociadas a la atención en salud como problema de calidad y seguridad

Magnitud del problema

En la Unión Europea y el Espacio Económico Europeo, la tercera encuesta de prevalencia puntual estimó que unos 4,3 millones de pacientes hospitalizados adquieren al menos una infección asociada a la atención cada año, con predominio de las respiratorias, seguidas de las urinarias, las del sitio quirúrgico y las del torrente sanguíneo; alrededor de uno de cada tres microorganismos

aislados era resistente a antibióticos importantes (European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC], 2024).

En el Ecuador, la Norma Técnica recoge datos de vigilancia de 2022 que muestran, por ejemplo, una tasa de 13,48 neumonías asociadas a la ventilación mecánica por cada 1000 días de ventilación en las unidades de cuidados intensivos de adultos (Ministerio de Salud Pública del Ecuador [MSP], 2025).

Cadena de transmisión y factores de riesgo

Para que se produzca una infección deben concurrir los eslabones de la cadena de transmisión: un agente infeccioso, un reservorio, una puerta de salida, un mecanismo de transmisión, una puerta de entrada y un huésped susceptible. Las medidas de prevención actúan rompiendo uno o varios de esos eslabones. La higiene de manos, por ejemplo, interrumpe la transmisión por contacto; la retirada oportuna de un catéter elimina una puerta de entrada; la limpieza y desinfección del entorno reducen el reservorio; y la vacunación del personal disminuye la susceptibilidad.

Los factores de riesgo pueden agruparse en tres niveles. En el del paciente se encuentran la edad extrema, la inmunosupresión, la gravedad de la enfermedad, la desnutrición y las heridas; en el de la atención, los dispositivos invasivos, los procedimientos quirúrgicos, el uso inadecuado de antimicrobianos y la estancia prolongada; y en el de la organización, la sobrecarga de trabajo, la escasez de personal, la falta de insumos, la infraestructura inadecuada y una cultura de seguridad débil. La gestión de enfermería influye de manera directa en los dos últimos.

Dotación, carga de trabajo e infecciones

La relación entre la dotación de enfermería y las infecciones asociadas a la atención es un argumento central para la gestión. Una revisión sistemática encontró que la dotación basada en la gravedad de los pacientes, frente a una simple razón enfermera-paciente, se asoció con menos infecciones urinarias, bacteriemias asociadas a catéter, neumonías asociadas a la ventilación e infecciones del sitio quirúrgico, y que la dotación insuficiente lleva a omitir prácticas de prevención y vigilancia (Cabrera-Ku et al., 2024).

La clasificación de pacientes por complejidad (capítulo 20) permite ajustar la dotación a la gravedad, y el cuidado omitido (capítulo 25) explica cómo la sobrecarga se traduce en prácticas de prevención no realizadas; la propia Norma Técnica ecuatoriana incluye la carga de trabajo y la ocupación de camas entre los componentes básicos del programa (MSP, 2025).

Programas de prevención y control de infecciones

Componentes básicos de un programa

La prevención y el control de infecciones requieren un programa organizado, con responsables, recursos y objetivos. La Organización Mundial de la Salud definió un conjunto de componentes básicos para estos programas, que la normativa ecuatoriana adoptó en 2025. La Tabla 26.1 presenta los ocho componentes recogidos en la Norma Técnica nacional y su aplicación en un servicio de enfermería.

Organización y funciones de enfermería

La Norma Técnica ecuatoriana organiza la prevención y el control de infecciones en tres niveles. En el nivel nacional, el Ministerio de Salud Pública ejerce la rectoría con el asesoramiento de una comisión técnica nacional; en el nivel intermedio, comisiones zonales, provinciales o distritales supervisan a los establecimientos; y en el nivel del establecimiento, un comité técnico de prevención y control de IAAS y un equipo técnico operativo planifican, ejecutan e informan sobre el programa (MSP, 2025).

La norma asigna a la enfermería un papel destacado.

Establece la presencia de una enfermera por cada 100 camas, con dedicación exclusiva de al menos ocho horas diarias al programa, y prevé que los establecimientos con menos de 100 camas y alta prevalencia de IAAS puedan designar a un segundo profesional; el equipo se completa con un coordinador médico y un profesional de epidemiología, además de los responsables de microbiología, farmacia y dispositivos médicos, y de los líderes de los servicios clínicos y de diagnóstico (MSP, 2025).

La enfermera de control de infecciones realiza la vigilancia activa, asesora a los servicios, capacita al personal, audita las prácticas, investiga los brotes y actúa como enlace entre el comité y los equipos asistenciales.

Vigilancia epidemiológica y gestión de brotes

La vigilancia de las infecciones asociadas a la atención es el sistema de información del programa. La normativa ecuatoriana establece una vigilancia de base hospitalaria, con definiciones estandarizadas y centrada en las áreas y los dispositivos de alto riesgo (MSP, 2025).

Las tasas asociadas a dispositivos, como las neumonías asociadas a la ventilación, las bacteriemias

asociadas a catéter venoso central y las infecciones urinarias asociadas a sonda vesical, se expresan por cada 1000 días de uso del dispositivo, lo que exige un registro diario y fiable de los días-dispositivo, tarea que recae habitualmente en enfermería.

Cuando se detecta un brote, el tiempo es decisivo. La norma establece la notificación en un plazo de 24 horas a los niveles hospitalario, zonal y nacional (MSP, 2025).

La gestión de un brote incluye la confirmación del aumento de casos, la definición de caso, la búsqueda activa, la descripción de los casos en tiempo, lugar y persona, la formulación de hipótesis sobre la fuente y el mecanismo de transmisión, la implantación inmediata de medidas de control, como el aislamiento, la cohortización de pacientes y personal o el refuerzo de la limpieza, y la evaluación de su efecto.

La enfermería participa en todas estas fases y, en particular, en la aplicación y el control de las medidas.

Precauciones estándar y basadas en la transmisión

Higiene de manos

La higiene de manos es la medida más sencilla, barata y eficaz para prevenir la transmisión de microorganismos en la atención en salud. Se realiza mediante la fricción con una solución de base alcohólica o el lavado con agua y jabón, y debe practicarse en los cinco momentos definidos por la Organización Mundial de la Salud: antes del contacto con el paciente, antes de una tarea aséptica, después de la exposición a fluidos corporales, después del contacto con el paciente y después del contacto con el entorno del paciente.

A pesar de su sencillez, el cumplimiento sigue siendo insuficiente. Un metaanálisis de estudios del Mediterráneo oriental encontró un cumplimiento medio de alrededor del 32 %, y las intervenciones basadas en las directrices de la OMS tuvieron unas 2,3 veces más probabilidad de mejorarlo (Bajunaid et al., 2024). Los estudios por autoevaluación, en cambio, informan valores muy altos: en un centro de salud del Ecuador, el 98,3 % de 80 profesionales de enfermería declaró realizar la higiene de manos (Tapia Aguilar y Salvatierra Ávila, 2025).

La diferencia recuerda que la adherencia debe medirse mediante observación directa y no solo mediante encuestas.

Las estrategias multimodales son el enfoque recomendado: combinan la disponibilidad de solución alcohólica en el punto de atención, la formación, la observación con retroalimentación, los recordatorios y una cultura institucional de seguridad. Las tecnologías inteligentes de apoyo, como

el monitoreo electrónico y los recordatorios, aumentaron el cumplimiento (RR = 1,56) y redujeron las infecciones en un metaanálisis de 36 estudios, aunque con certeza baja o muy baja (Zhang et al., 2023).

Equipo de protección personal

El equipo de protección personal complementa la higiene de manos dentro de las precauciones estándar. Su elección depende de la exposición prevista y no del diagnóstico del paciente: guantes cuando se anticipa contacto con sangre, fluidos, mucosas o piel no intacta; bata cuando existe riesgo de contaminación de la ropa; protección facial cuando se prevén salpicaduras; y mascarilla o respirador según el riesgo de transmisión respiratoria.

Desde la gestión, el equipo de protección plantea dos desafíos. El primero es su disponibilidad: casi una cuarta parte de los países informó escasez de equipo de protección en 2023 (WHO, 2024), y su falta obliga al personal a asumir riesgos o a reutilizar elementos desechables. El segundo es su uso racional.

El uso excesivo, como el empleo continuo de guantes sin cambiarlos entre pacientes o entre tareas, no solo genera desperdicio, sino que favorece la transmisión al sustituir de forma errónea a la higiene de manos. La secuencia correcta de colocación y retiro, la ubicación del equipo en el punto de uso y la supervisión por referentes son aspectos que la jefatura de enfermería debe garantizar.

Precauciones basadas en la transmisión y aislamiento

Las precauciones basadas en la transmisión se añaden a las estándar cuando un paciente tiene una infección sospechada o confirmada que puede transmitirse por contacto, por gotas o por vía aérea (MSP, 2025).

La aplicación del aislamiento tiene un costo para el paciente, que puede experimentar ansiedad, sensación de abandono y menor frecuencia de contacto con el personal. La gestión de enfermería debe asegurar que el aislamiento no se traduzca en un cuidado de menor calidad: planificar las visitas de enfermería, explicar al paciente y a su familia el motivo y la duración de las medidas, y suspenderlas cuando ya no estén indicadas.

Prevención de infecciones asociadas a dispositivos y procedimientos

El enfoque de paquetes de medidas

Los paquetes de medidas, o *bundles*, agrupan un número reducido de intervenciones basadas en la evidencia que se aplican de forma conjunta y sistemática a todos los pacientes con un determinado dispositivo o procedimiento. Su lógica es que el cumplimiento de todas las medidas juntas produce mejores resultados que su aplicación aislada, y que el cumplimiento se mide como un todo: un paciente cumple el paquete solo si recibió todas sus medidas.

La evidencia sobre su efectividad es consistente. El metaanálisis de Martinez-Reviejo et al. (2023), que reunió 36 estudios con más de 116 000 adultos en ventilación mecánica, encontró que los paquetes de medidas se asociaron con una reducción de los episodios de neumonía asociada a la ventilación (OR = 0,42; IC 95 %: 0,33–0,54).

La duración de la ventilación mecánica y la estancia hospitalaria se redujeron solo en los estudios que incluían actividades educativas dentro del paquete, y el efecto sobre la mortalidad no fue concluyente. Los componentes más utilizados fueron la elevación de la cabecera de la cama y la higiene bucal, dos intervenciones que dependen directamente del cuidado de enfermería.

Principales paquetes de medidas en la práctica de enfermería

Dos elementos son comunes a todos los paquetes asociados a dispositivos: la revisión diaria de su necesidad y su retiro oportuno, porque cada día que un dispositivo permanece innecesariamente aumenta el riesgo de infección. Los protocolos dirigidos por enfermería, como el de retiro de la sonda vesical descrito en el capítulo 23 (Kamel et al., 2025), permiten actuar sin esperar una orden individual cuando se cumplen criterios acordados.

Bioseguridad del entorno y del trabajador

Limpieza, desinfección y esterilización

El entorno del paciente es un reservorio de microorganismos. Las superficies de contacto frecuente, como barandas de la cama, mesas, bombas de infusión, monitores o timbres, pueden mantener microorganismos viables durante días y contribuir a su transmisión a través de las manos del personal. La limpieza y desinfección de estas superficies, con productos y frecuencias definidos, es una medida de prevención y no solo de aseo.

La gestión de enfermería debe definir con claridad qué superficies y equipos limpia el personal de enfermería y cuáles el personal de limpieza, porque la ambigüedad sobre la responsabilidad es una causa frecuente de omisiones.

El procesamiento de los dispositivos médicos se rige por el riesgo de infección asociado a su uso. Los dispositivos críticos, que penetran en tejidos estériles o en el sistema vascular, como el instrumental quirúrgico, requieren esterilización. Los semicríticos, que entran en contacto con mucosas o con piel no intacta, como los endoscopios, requieren al menos desinfección de alto nivel. Los no críticos, que solo contactan con piel intacta, como los manguitos de presión arterial, requieren limpieza y desinfección de nivel bajo o intermedio.

La normativa ecuatoriana asigna al equipo de prevención y control de infecciones la supervisión de los procesos de desinfección de alto nivel y de esterilización (MSP, 2025). Para la enfermería, que con frecuencia gestiona las centrales de esterilización, esto implica controles de calidad documentados, trazabilidad de los lotes y verificación de los indicadores físicos, químicos y biológicos.

Gestión de desechos sanitarios

Los desechos generados en la atención en salud deben clasificarse en el punto de generación, porque una clasificación incorrecta expone a los trabajadores de la limpieza y de la recolección a riesgos evitables y encarece el tratamiento. Los desechos se distinguen, en general, entre comunes, que no representan un riesgo adicional, y peligrosos, que incluyen los infecciosos, los cortopunzantes, los anatomopatológicos, los químicos y los farmacéuticos.

Cada tipo requiere un recipiente identificado por color o etiqueta, un almacenamiento temporal adecuado y un tratamiento y disposición final según la normativa nacional vigente.

La enfermería participa en la gestión de desechos en el momento de su generación y es responsable de su correcta clasificación en la unidad. Los recipientes rígidos para objetos cortopunzantes merecen una atención especial: deben estar disponibles en el punto de uso, no llenarse por encima de su capacidad indicada y cerrarse de forma segura antes de su retiro.

26.5.3 Salud ocupacional y accidentes con riesgo biológico

Los trabajadores de la salud están expuestos de manera constante a agentes biológicos. El riesgo más grave es la transmisión de virus de transmisión sanguínea, como los de la hepatitis B y C y el de la inmunodeficiencia humana, a través de pinchazos, cortes o salpicaduras.

La magnitud del problema en enfermería es considerable: un metaanálisis global estimó que el 40,97 % de las enfermeras había sufrido al menos una lesión por pinchazo, con una prevalencia

mayor en los países en desarrollo (46,6 %) que en los desarrollados (30,5 %) y la más alta en los países con un índice de desarrollo sociodemográfico medio-bajo (48,9 %) (Abdelmalik et al., 2023).

La prevención de los accidentes con riesgo biológico combina varias medidas, ordenadas según la jerarquía de los controles: eliminar los procedimientos innecesarios con objetos cortopunzantes; utilizar dispositivos con mecanismos de seguridad; disponer de recipientes adecuados en el punto de uso; no reencapuchar las agujas; formar al personal; y vacunar a todos los trabajadores contra la hepatitis B, verificando su respuesta inmunológica.

Cuando se produce un accidente, el servicio debe contar con un protocolo claro que incluya los primeros auxilios inmediatos, la notificación, la evaluación del riesgo de la fuente y del trabajador, la profilaxis posexposición cuando esté indicada dentro de los plazos establecidos y el seguimiento serológico. La jefatura de enfermería debe garantizar que el personal conozca el protocolo y que la notificación no se perciba como una falta, sino como un derecho del trabajador.

Gestión de enfermería y contexto ecuatoriano

La Norma Técnica de Prevención y Control de IAAS

En 2025, el Ministerio de Salud Pública expidió, mediante el Acuerdo Ministerial 00028-2025, la Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud, de cumplimiento obligatorio para todo el Sistema Nacional de Salud, con un plazo de seis meses para que los establecimientos alineen sus procesos. La norma organiza el programa en tres niveles, define funciones, adopta los ocho componentes básicos de la Tabla 26.1 y establece requisitos mínimos, indicadores y fases de implementación (MSP, 2025).

Para la enfermería, la norma tiene varias implicaciones. Formaliza la figura de la enfermera de prevención y control de infecciones con dedicación exclusiva; incorpora la carga de trabajo y la ocupación de camas como componentes del programa, lo que ofrece un argumento normativo para defender la dotación; adopta las estrategias multimodales y la retroalimentación como métodos de mejora; y exige una vigilancia con definiciones estandarizadas que depende en buena medida del registro de enfermería.

Responsabilidades de la jefatura de enfermería

La aplicación efectiva de la norma en cada servicio requiere que la jefatura de enfermería asuma un conjunto de responsabilidades concretas:

- Organización. Participar en el comité técnico de prevención y control de infecciones y designar referentes de control de infecciones en cada unidad y turno.
- Protocolos. Asegurar que el servicio disponga de los protocolos vigentes de higiene de manos, precauciones de aislamiento, manejo de dispositivos, limpieza y gestión de desechos, y que el personal los conozca.
- Formación. Incluir el control de infecciones en la inducción del personal nuevo y planificar actualizaciones periódicas con práctica supervisada.
- Insumos. Garantizar la disponibilidad continua de solución alcohólica, jabón, toallas, equipo de protección personal, recipientes para cortopunzantes y material para los paquetes de medidas.
- Monitoreo. Organizar la observación periódica de la adherencia a la higiene de manos y a los paquetes de medidas, y devolver los resultados al equipo con un plan de acción, siguiendo las características de una retroalimentación efectiva (Ivers et al., 2025).
- Dotación. Utilizar la clasificación de pacientes y los datos de cuidado omitido para sustentar una dotación acorde con la complejidad, en coherencia con el componente de carga de trabajo de la norma.
- Salud del personal. Verificar el esquema de vacunación del personal, la disponibilidad del protocolo de accidentes con riesgo biológico y la notificación de las exposiciones.

Indicadores de prevención y control de infecciones

El seguimiento del programa requiere indicadores de estructura, proceso y resultado, como los que establece la norma nacional (MSP, 2025). Como se discutió en el capítulo 25, estos indicadores deben interpretarse con prudencia. Un aumento de las infecciones notificadas puede reflejar una mejor vigilancia, y un aumento de los accidentes notificados puede indicar una mejor cultura de notificación. La interpretación conjunta de los indicadores de proceso y de resultado, a lo largo del tiempo, ofrece la imagen más fiel del desempeño del servicio.

Síntesis

Las infecciones asociadas a la atención en salud son uno de los eventos adversos más frecuentes y prevenibles, con una carga especialmente alta en los países de ingresos bajos y medios y una estrecha relación con la resistencia a los antimicrobianos.

Su prevención exige un programa organizado, con los componentes básicos que la Organización Mundial de la Salud definió y que el Ecuador adoptó en 2025 mediante la Norma Técnica de

Prevención y Control de IAAS: organización, protocolos, formación, vigilancia, estrategias multimodales, monitoreo con retroalimentación, gestión de la carga de trabajo y un entorno adecuado.

Las precauciones estándar, y en particular la higiene de manos, constituyen la base de la prevención, pero su cumplimiento sigue siendo insuficiente y debe medirse por observación directa; las estrategias multimodales mejoran la adherencia, y los paquetes de medidas reducen de forma consistente las infecciones asociadas a dispositivos con elementos que dependen directamente del cuidado de enfermería. La bioseguridad abarca también el entorno y al trabajador, desde la desinfección y la gestión de desechos hasta la prevención de accidentes con riesgo biológico.

La dotación acorde con la gravedad de los pacientes se asocia con menos infecciones, lo que sitúa a la jefatura de enfermería en el centro de la aplicación de la normativa nacional.

Actividades para estudiantes

Actividad 1. Observación de la higiene de manos y diseño de una estrategia multimodal

Objetivo. Medir el cumplimiento de la higiene de manos mediante observación directa y diseñar una estrategia multimodal de mejora para un servicio de enfermería.

Desarrollo.

1. En parejas, y con autorización de la jefatura y del equipo de prevención y control de infecciones del establecimiento de prácticas, observar durante tres sesiones de 20 minutos las oportunidades de higiene de manos en un servicio, registrando el momento, la categoría profesional y si se realizó la acción correcta, con un formulario basado en los cinco momentos.
2. Calcular el porcentaje de cumplimiento global y por momento, y compararlo con los resultados de la literatura revisada en el apartado 26.3.1.
3. Identificar las barreras observadas, como la ubicación de los dispensadores, la carga de trabajo o el uso de guantes en lugar de la higiene de manos.
4. Diseñar una estrategia multimodal de tres meses con al menos un elemento de cada componente: cambio del sistema, formación, monitoreo con retroalimentación, recordatorios y cultura de seguridad.

Producto. Informe de tres a cuatro páginas con los resultados de la observación, el análisis de barreras y la estrategia propuesta, con citas en formato APA 7. La observación debe ser anónima y

respetar la confidencialidad de los trabajadores.

Actividad 2. Plan de implementación de la Norma Técnica de Prevención y Control de IAAS en un servicio

Objetivo. Analizar la situación de un servicio de enfermería frente a la Norma Técnica nacional y proponer un plan de implementación.

Desarrollo.

1. En grupos de cuatro estudiantes, revisar la Norma Técnica de Prevención y Control de IAAS del Ministerio de Salud Pública y sus ocho componentes básicos.
2. Con base en la Tabla 26.1, elaborar una lista de verificación con dos o tres criterios por componente y aplicarla en un servicio del establecimiento de prácticas, mediante observación y entrevista con la jefatura y con la enfermera de control de infecciones.
3. Seleccionar un paquete de medidas de la Tabla 26.3 pertinente para el servicio y proponer su lista de verificación diaria.
4. Elaborar un plan de implementación de seis meses que priorice las brechas encontradas e incluya responsables, plazos e indicadores de la Tabla 26.4.

Producto. Documento con la lista de verificación aplicada, el análisis de brechas, la lista de verificación del paquete de medidas y el plan de implementación, y una presentación oral de diez minutos.

CAPÍTULO 22. MEJORA CONTINUA: CICLO PHVA APLICADO A SERVICIOS DE ENFERMERÍA

Calidad y seguridad del paciente

Competencias

- Explicar los fundamentos conceptuales de la mejora continua y su lugar dentro de los sistemas de gestión de calidad en salud.
- Describir las fases del ciclo PHVA y las actividades, herramientas y productos de cada una en un servicio de enfermería.
- Seleccionar y aplicar las herramientas básicas de la calidad para analizar problemas, priorizar causas y planificar acciones.
- Diferenciar el ciclo PHVA de modelos relacionados, como el Modelo para la Mejora, el FOCUS-PDCA y el enfoque Lean.
- Valorar críticamente la evidencia sobre la aplicación del ciclo PHVA en enfermería.
- Diseñar y conducir un proyecto de mejora en un servicio de enfermería, con indicadores y un plan de sostenibilidad, en el contexto ecuatoriano.

Introducción

Ningún servicio de enfermería alcanza un nivel de calidad definitivo. Cambian los pacientes, las tecnologías, la evidencia, las personas que integran el equipo y las exigencias de la autoridad sanitaria. Un servicio que hoy cumple sus metas puede dejar de hacerlo mañana si no revisa de forma periódica lo que hace. Por ello, la calidad no se entiende como un estado que se alcanza, sino como un proceso que se mantiene: la mejora continua.

Los capítulos anteriores de esta sección presentaron los sistemas de gestión de calidad, los indicadores y la auditoría, y la prevención de infecciones, cuya normativa ecuatoriana incluye la mejora continua entre los componentes básicos de todo programa (Ministerio de Salud Pública del Ecuador [MSP], 2025). Este capítulo responde a la pregunta pendiente: una vez identificado un problema, ¿cómo se mejora de forma ordenada?

La herramienta más difundida para hacerlo es el ciclo de planificar, hacer, verificar y actuar, conocido como ciclo PHVA o ciclo de Deming. Su lógica es sencilla: planificar un cambio a partir del análisis de un problema, ponerlo a prueba, verificar sus efectos con datos y actuar en consecuencia, ya sea estandarizándolo o corrigiéndolo e iniciando un nuevo ciclo.

La norma ISO 9001, en su edición de 2026, mantiene este ciclo como uno de sus fundamentos (ISO/TC 176/SC 2, 2026), y la literatura de enfermería ha documentado su aplicación en ámbitos

tan diversos como la gestión de unidades, la prevención de complicaciones y la rehabilitación (Hapsari & Chalidyanto, 2025; Lu et al., 2025).

La sencillez del ciclo es, sin embargo, engañosa: con frecuencia se planifica y se ejecuta, pero no se verifica con datos ni se estandariza lo aprendido. El capítulo presenta sus fundamentos, fases y herramientas, los modelos relacionados, la evidencia en enfermería y las condiciones que permiten sostener la mejora en los servicios del Ecuador.

Fundamentos de la mejora continua

Origen y evolución del ciclo de mejora

El ciclo de mejora tiene su origen en el control estadístico de la calidad desarrollado en la industria durante la primera mitad del siglo pasado. Walter Shewhart propuso una secuencia de especificar, producir e inspeccionar, que W. Edwards Deming difundió y transformó en un ciclo de aprendizaje. En Japón, el ciclo se popularizó como planificar, hacer, verificar y actuar, y se integró en los programas de calidad total de la industria.

Deming prefirió más tarde la denominación planificar, hacer, estudiar y actuar, para destacar que la tercera fase no consiste solo en comprobar si se alcanzó la meta, sino en aprender de los datos.

El ciclo PHVA en los sistemas de gestión de calidad

El ciclo PHVA opera en dos niveles. En el del sistema, estructura la gestión de la calidad de toda la organización: la norma ISO 9001 organiza sus requisitos según las cuatro fases del ciclo (ISO/TC 176/SC 2, 2026), y la ISO 7101 comparte esa lógica orientada a la atención de salud (International Organization for Standardization [ISO], 2023).

En el nivel del proceso, el ciclo es el método con el que un equipo aborda un problema concreto: la demora en la administración de antibióticos, la ausencia de valoración del riesgo al ingreso o la incidencia de caídas nocturnas. Este capítulo se centra en este segundo nivel, que es el que la jefatura y los equipos de enfermería aplican de manera cotidiana.

Principios de la mejora continua en enfermería

La mejora continua se apoya en un conjunto de principios que conviene explicitar, porque su ausencia explica muchos fracasos:

- Orientación al paciente. El punto de partida de cualquier mejora es una necesidad o un resultado del paciente, no la conveniencia de la organización.

- Enfoque en los procesos y no en las personas. La mayoría de los problemas de calidad se originan en el diseño de los procesos y no en la falta de voluntad de los profesionales. Buscar culpables impide encontrar causas.
- Decisiones basadas en datos. Las intuiciones y las opiniones orientan, pero las decisiones sobre si un cambio funciona deben apoyarse en mediciones.
- Pequeños cambios probados. Es preferible probar un cambio a pequeña escala y aprender de él que implantar de golpe una reforma amplia cuyo efecto no se conoce.
- Participación de quienes hacen el trabajo. Las enfermeras de cuidado directo conocen el proceso mejor que nadie y deben participar en su análisis y rediseño.
- Aprendizaje acumulativo. Cada ciclo genera conocimiento que alimenta el siguiente; la mejora es un proceso iterativo y no un acontecimiento aislado.

Las fases del ciclo PHVA

El ciclo PHVA constituye una herramienta fundamental para la mejora continua de la calidad en los servicios de enfermería, debido a que permite organizar las intervenciones mediante una secuencia de planificación, ejecución, evaluación y ajuste. Su aplicación favorece una gestión sistemática de los problemas asistenciales, evitando que las decisiones se fundamenten únicamente en percepciones individuales o respuestas improvisadas. Cada fase cumple una función específica y genera información que alimenta la siguiente, lo que permite desarrollar procesos de mejora sustentados en evidencias y orientados a resultados verificables.

La fase de planificación representa el punto de partida del ciclo, puesto que exige identificar el problema, establecer su magnitud y analizar las causas que contribuyen a su aparición. La utilización de indicadores, auditorías y herramientas de análisis facilita reconocer las dificultades que afectan la calidad del cuidado y establecer prioridades de intervención. En esta etapa resulta especialmente importante definir objetivos medibles y construir una línea de base que permita comparar posteriormente los resultados. Por su parte, la fase de ejecución transforma las decisiones planificadas en acciones concretas, preferentemente mediante pruebas a pequeña escala que permitan observar el comportamiento del cambio antes de extenderlo a todo el servicio. La capacitación del personal, las listas de verificación y el registro de incidencias contribuyen a identificar dificultades operativas y oportunidades de ajuste durante su implementación.

La fase de verificación permite determinar si las intervenciones desarrolladas produjeron los efectos esperados. Para ello, se comparan los resultados obtenidos con los indicadores iniciales y los objetivos establecidos, utilizando herramientas estadísticas y mecanismos de retroalimentación

del equipo de enfermería. Este proceso resulta indispensable para diferenciar las mejoras reales de las variaciones circunstanciales que pueden presentarse en la práctica asistencial. Finalmente, la fase de actuación incorpora los aprendizajes derivados de la evaluación y orienta las decisiones sobre la continuidad, modificación o abandono de las estrategias implementadas. Cuando los resultados son satisfactorios, corresponde actualizar los protocolos, fortalecer las competencias del personal y establecer mecanismos de seguimiento que contribuyan a mantener los avances alcanzados.

Desde la perspectiva de la administración de enfermería, el principal aporte del ciclo PHVA radica en su capacidad para relacionar la identificación de problemas con decisiones organizacionales y resultados clínicos. Su aplicación no debe entenderse como una actividad aislada ni como un procedimiento exclusivamente administrativo, sino como una práctica permanente que compromete a los responsables de la gestión y al personal asistencial. Asimismo, su efectividad depende de la disponibilidad de información confiable, la participación de los profesionales, el liderazgo de los responsables del servicio y la capacidad institucional para introducir modificaciones cuando los resultados lo requieran. En consecuencia, el PHVA fortalece una cultura de mejora continua, promueve el uso responsable de los recursos y contribuye a consolidar procesos de atención más seguros, eficientes y centrados en las necesidades de los pacientes.

Planificar

La planificación es la fase que más tiempo requiere y la que con mayor frecuencia se abrevia. Comienza con la identificación y la definición precisa del problema. Un problema bien definido es concreto, medible y está delimitado en el tiempo y en el espacio: no “la calidad de los registros es mala”, sino “en el último trimestre, solo el 46 % de los pacientes ingresados en el servicio de cirugía tuvo registrada la valoración del riesgo de lesión por presión en las primeras ocho horas”.

Para formularlo, la jefatura dispone de los indicadores y de las auditorías descritos en el capítulo 25, de las notificaciones de incidentes, de las quejas de los usuarios y de la observación directa.

El paso siguiente es establecer la línea de base, es decir, el valor actual del indicador, preferiblemente a partir de varios puntos en el tiempo y no de una sola medición. Después se analizan las causas, con la participación del equipo y con herramientas como el diagrama de flujo del proceso, el diagrama de causa y efecto o los cinco porqués, que se describen en el apartado 27.3.

Con las causas identificadas, se fija un objetivo específico, medible, alcanzable, relevante y con plazo, por ejemplo, “aumentar al 90 % la valoración del riesgo en las primeras ocho horas en un plazo de tres meses”.

La planificación concluye con dos planes. El plan de acción detalla qué cambio se probará, quién lo hará, dónde, cuándo y con qué recursos. El plan de medición establece qué indicadores se seguirán, con qué frecuencia, con qué fuente de datos y quién los recogerá.

Hacer

La fase de hacer consiste en aplicar el cambio planificado, preferiblemente a pequeña escala: en un turno, en una sala o con un número limitado de pacientes. Esta prueba inicial permite detectar problemas imprevistos, ajustar el cambio y ganar la confianza del equipo antes de extenderlo. Durante esta fase es tan importante ejecutar el cambio como observar lo que ocurre: registrar las dificultades, las adaptaciones que hace el personal y los efectos no previstos.

La comunicación con el equipo es determinante. Las personas que deben aplicar el cambio necesitan conocer su propósito, haber recibido la formación necesaria y saber a quién acudir cuando surjan dudas. Una prueba que el personal percibe como una imposición de la jefatura, sin explicación ni participación, tiene pocas probabilidades de éxito.

Verificar

En la fase de verificación se analizan los datos recogidos durante la prueba y se comparan con la línea de base y con el objetivo. La herramienta más útil es el gráfico de tendencia o, cuando se dispone de suficientes datos, el gráfico de control, que permiten distinguir una mejora real de la variación habitual del proceso, como se explicó en el capítulo 25. Comparar solo el valor de un mes antes y un mes después del cambio puede conducir a conclusiones erróneas.

La verificación no se limita a los números. Incluye también el análisis de lo aprendido: qué funcionó, qué no funcionó y por qué, qué efectos no previstos aparecieron y qué opina el equipo. Esta reflexión, que da sentido a la denominación de estudiar propuesta por Deming, es la que permite decidir con fundamento en la fase siguiente.

Actuar

La fase de actuar cierra el ciclo con una decisión. Si el cambio produjo la mejora esperada, se adopta y se estandariza: se incorpora al protocolo o al procedimiento del servicio, se forma a todo

el personal, se integra en los registros y se mantiene el seguimiento del indicador para asegurar que el resultado se sostenga. Si el cambio produjo una mejora parcial, se adapta y se inicia un nuevo ciclo con la versión modificada.

Si no produjo mejora, se abandona y se prueba otra de las alternativas identificadas en la planificación. La estandarización es el paso que distingue la mejora continua de los esfuerzos aislados. Sin ella, los logros dependen del entusiasmo del equipo que participó en el proyecto y desaparecen cuando cambian las personas o disminuye la atención. Por ello, el producto final de un ciclo exitoso no es un informe, sino una nueva forma de trabajar documentada, conocida por todos y verificada periódicamente.

Herramientas para la mejora continua

La mejora continua dispone de un conjunto de herramientas sencillas que facilitan cada fase del ciclo.

Herramientas para analizar causas

El diagrama de causa y efecto es probablemente la herramienta más útil para el análisis de causas en enfermería. El problema se coloca en la cabeza del diagrama y las posibles causas se organizan en espinas, agrupadas en categorías que pueden adaptarse al problema: por ejemplo, paciente, personal, métodos y procedimientos, equipos e insumos, entorno y organización. Su valor reside en que obliga al equipo a mirar más allá de las causas individuales y a considerar los factores del sistema.

La técnica de los cinco porqués complementa al diagrama al profundizar en cada causa. Ante la pregunta de por qué no se registró la valoración del riesgo al ingreso, una primera respuesta podría ser que la enfermera no tuvo tiempo; preguntando de nuevo, se descubre que los ingresos se concentran en el cambio de turno, que la valoración está en un formulario separado de la hoja de ingreso y que nadie revisa su cumplimiento.

Así se pasa de una explicación que culpa a la persona a una que señala aspectos modificables del proceso. Cuando se dispone de datos sobre la frecuencia de cada causa, el diagrama de Pareto permite concentrar los esfuerzos en las pocas que explican la mayor parte del problema.

Herramientas para planificar y medir

El plan de acción traduce el análisis en actividades concretas. El formato 5W2H, que responde a qué, por qué, dónde, cuándo, quién, cómo y cuánto, es especialmente práctico porque obliga a asignar responsables y plazos. Para la medición, la hoja de verificación facilita la recogida uniforme

de datos, y los gráficos de tendencia y de control permiten evaluar el efecto de los cambios a lo largo del tiempo. Un gráfico de tendencia actualizado y visible en el servicio es, además, una poderosa herramienta de comunicación con el equipo.

Modelos relacionados con el ciclo PHVA

El Modelo para la Mejora y los ciclos PDSA

El Modelo para la Mejora es una de las metodologías de mejora más utilizadas en salud. Se organiza en dos etapas. En la primera, el equipo responde a tres preguntas: qué intenta lograr, cómo sabrá que un cambio es una mejora y qué cambios puede introducir que produzcan una mejora. En la segunda, pone a prueba esos cambios mediante ciclos sucesivos de planificar, hacer, estudiar y actuar (Evans et al., 2026).

Los autores subrayan que las enfermeras, y en particular las líderes y gestoras que apoyan proyectos de mejora, necesitan comprender a fondo este método para aplicarlo con rigor en la práctica.

La principal aportación del modelo es la idea de los ciclos rápidos y encadenados. En lugar de un único ciclo largo, el equipo realiza varios ciclos breves, cada uno de los cuales prueba una versión del cambio y aprende de ella. Un primer ciclo puede probar una nueva hoja de ingreso con un solo paciente; el segundo, con todos los ingresos de un turno; el tercero, en toda la unidad durante una semana. Esta progresión reduce el riesgo y acelera el aprendizaje.

FOCUS-PDCA

El modelo FOCUS-PDCA antepone al ciclo cinco pasos preparatorios: encontrar un proceso que mejorar, organizar un equipo que lo conozca, clarificar el conocimiento actual del proceso, comprender las causas de su variación y seleccionar la mejora que se va a probar. Estos pasos refuerzan la fase de planificación, que es la más débil en muchas aplicaciones del ciclo. En enfermería, este modelo se ha aplicado, entre otros ámbitos, al cuidado de pacientes con disfagia tras un infarto cerebral, como se describe en el apartado 27.5.

El enfoque Lean

El enfoque Lean, nacido en la industria automotriz, busca aumentar el valor que recibe el paciente eliminando las actividades que no lo aportan, como las esperas, los desplazamientos innecesarios, los inventarios excesivos o los registros duplicados. Lean y el ciclo PHVA son complementarios: el primero aporta una mirada sobre el flujo de trabajo y el segundo, el método para probar y estandarizar los cambios. En salud, su propósito no es aumentar la productividad a costa del cuidado, sino liberar tiempo de las enfermeras para dedicarlo a los pacientes.

Evidencia sobre el ciclo PHVA en enfermería

Qué muestran los estudios

La literatura sobre la aplicación del ciclo PHVA en enfermería es abundante y, en general, muestra resultados favorables. Una revisión sistemática de ocho estudios sobre el efecto de la implantación del ciclo en la gestión de enfermería hospitalaria concluyó que tiene un impacto positivo tanto en los pacientes como en las enfermeras: en los pacientes, se asoció con menos complicaciones e infecciones, estancias más cortas, menos efectos secundarios y mayor satisfacción; en las enfermeras, con un mejor cumplimiento de los procedimientos, un mejor control de infecciones, menos errores y mayor competencia profesional (Hapsari & Chalidyanto, 2025).

En el ámbito del cuidado directo, el metaanálisis de Lu et al. (2025), que reunió seis estudios con 638 pacientes con disfagia tras un infarto cerebral, encontró que el cuidado de enfermería basado en el modelo FOCUS-PDCA se asoció con una mejor función de deglución, una mejor calidad de vida y una menor tasa de complicaciones (RR = 0,46–0,48; IC 95 %: 0,32–0,68).

Estudios individuales recientes han informado también mejoras en resultados clínicos y en la recuperación de pacientes pediátricos con neumonía atendidos con un modelo de cuidado basado en el ciclo PDCA (Chen et al., 2025).

Limitaciones y lecturas críticas

Estos resultados deben leerse con prudencia. La mayoría de los estudios proceden de pocos países, en particular de China, con diseños retrospectivos y de un solo centro, alta heterogeneidad y seguimiento breve, lo que plantea dudas sobre su generalización y sobre un posible sesgo de publicación (Chen et al., 2025; Lu et al., 2025). La denominación “ciclo PDCA” agrupa, además, intervenciones muy diferentes, lo que dificulta saber qué componente produce el efecto.

Existe también un problema de fidelidad: muchos proyectos omiten fases esenciales, como la línea de base, la prueba a pequeña escala, la verificación a lo largo del tiempo o la estandarización. Un ciclo incompleto no es un ciclo de mejora, sino una intervención aislada con un nombre metodológico.

Gestión de la mejora continua en el servicio de enfermería

Un proyecto de mejora paso a paso

Para ilustrar la aplicación del ciclo, se presenta un ejemplo hipotético en un servicio de medicina interna con 24 camas.

Planificar. El tablero de indicadores del servicio muestra que, durante los seis meses anteriores, la tasa de caídas fue de 3,2 por cada 1000 días-paciente, y que siete de las diez caídas ocurrieron entre las 22:00 y las 06:00 horas, en pacientes mayores de 70 años que intentaban ir al baño.

El equipo, formado por la jefa de servicio, dos enfermeras de turno nocturno, una auxiliar y un fisioterapeuta, construye un diagrama de causa y efecto e identifica como causas principales la falta de reevaluación del riesgo al anochecer, la ausencia de un plan de eliminación programado para los pacientes de riesgo y la iluminación insuficiente en las habitaciones. El objetivo es reducir la tasa de caídas a menos de 1,5 por cada 1000 días-paciente en seis meses.

El cambio que se probará consiste en una ronda de enfermería a las 21:00 y a las 02:00 horas en los pacientes de riesgo alto, con ofrecimiento de ayuda para ir al baño, verificación del timbre al alcance y encendido de una luz tenue.

Hacer. La prueba comienza en una sola sala de ocho camas durante dos semanas. Las enfermeras registran en una hoja de verificación si la ronda se realizó y cualquier dificultad. En la primera semana, la ronda de las 02:00 se omitió en varias ocasiones por la coincidencia con la administración de medicamentos; el equipo traslada la ronda a las 01:30.

Verificar. Tras la prueba ampliada a todo el servicio, el gráfico de tendencia muestra cuatro meses consecutivos por debajo de la mediana de la línea de base, y el cumplimiento de las rondas alcanza el 88 %. Las enfermeras señalan que la ronda les permite detectar también otras necesidades, como el dolor o la ansiedad.

Actuar. El equipo incorpora la ronda al protocolo de prevención de caídas del servicio, la añade a la hoja de registro nocturno, forma a todo el personal y establece una auditoría trimestral del cumplimiento. Se decide iniciar un nuevo ciclo para abordar la iluminación con el área de mantenimiento.

Personas, cultura y sostenibilidad

La mejora continua es, ante todo, una práctica social. Las herramientas son sencillas; lo difícil es conseguir que un equipo con sobrecarga de trabajo dedique tiempo a analizar sus procesos, que confíe en que los problemas se discuten sin buscar culpables y que mantenga los cambios una vez terminado el proyecto.

La cultura de seguridad es una condición necesaria: un metaanálisis encontró que una mejor cultura de seguridad se asocia con menos cuidado omitido, y destacó el apoyo de la dirección, el aprendizaje organizativo y la cultura de la unidad como factores relevantes (Labrague & Cayaban, 2025).

La retroalimentación de los resultados alimenta el ciclo, pero debe manejarse con cuidado: mejora la práctica cuando se compara con metas explícitas y se acompaña de un plan de acción (Ivers et al., 2025), mientras que, percibida como fiscalización, genera estrés y pérdida de motivación (Michl et al., 2024). Un ciclo bien conducido presenta los datos como información para aprender y no como evidencia para sancionar.

La sostenibilidad de las mejoras depende del compromiso del liderazgo y de la participación del personal, y se pierde ante la escasez de personal y la carga administrativa (Bhoomadevi et al., 2026). Para la jefatura de enfermería, esto supone reservar tiempo protegido para los equipos de mejora, abordar pocos proyectos a la vez, reconocer los logros, integrar los cambios en los protocolos y registros, y mantener el seguimiento de los indicadores una vez concluido el proyecto.

27.6.3 La mejora continua en el contexto ecuatoriano

En el Ecuador, la mejora continua forma parte del marco normativo de gestión de la calidad del Ministerio de Salud Pública: los hospitales cuentan con equipos de mejoramiento por servicio coordinados por un comité hospitalario y una unidad de calidad (Hospital General Dr. Napoleón Dávila Córdova, 2024), y la Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones de 2025 convierte el monitoreo, la retroalimentación y la mejora continua en una exigencia normativa (MSP, 2025).

Estas estructuras ofrecen un punto de partida, pero su funcionamiento efectivo depende de la capacidad de los equipos para aplicar el método con rigor (Boukhaldi et al., 2026). Para los servicios de enfermería del país se proponen las siguientes líneas de acción:

1. Formar a las jefaturas y a los referentes de calidad en el ciclo PHVA, el Modelo para la Mejora y las herramientas básicas, con énfasis en la medición mediante gráficos de tendencia.
2. Vincular los proyectos de mejora con los indicadores del servicio y con los hallazgos de las auditorías, de modo que cada proyecto responda a un problema documentado.
3. Registrar cada proyecto en un formato común que incluya la línea de base, el análisis de causas, el objetivo, los ciclos realizados, los resultados y las acciones de estandarización.
4. Presentar periódicamente los proyectos en los comités de calidad y en espacios académicos, para difundir el aprendizaje entre servicios.
5. Articular la formación universitaria con los servicios, de modo que los estudiantes de enfermería participen en proyectos reales de mejora durante sus prácticas preprofesionales.

Síntesis

La mejora continua concibe la calidad como un proceso permanente y no como un estado que se alcanza. El ciclo PHVA, heredero del trabajo de Shewhart y Deming, es su método más difundido y opera tanto en el nivel del sistema de gestión de calidad, como ocurre en la norma ISO 9001, como en el nivel de los procesos concretos que gestionan los equipos de enfermería.

Cada fase tiene un propósito definido: planificar exige definir el problema, establecer una línea de base, analizar causas y fijar un objetivo medible; hacer, probar el cambio a pequeña escala; verificar, analizar los datos en el tiempo y distinguir la mejora real de la variación habitual; y actuar, decidir si el cambio se adopta, se adapta o se abandona, y estandarizarlo cuando funciona. Herramientas sencillas y modelos relacionados, como el Modelo para la Mejora, el FOCUS-PDCA y Lean, enriquecen el ciclo.

La evidencia en enfermería es favorable, pero de calidad variable, y la efectividad depende de la fidelidad al método y de condiciones como la cultura de seguridad, una retroalimentación no punitiva y el tiempo protegido. En el Ecuador, los equipos de mejoramiento y la normativa de prevención de infecciones ofrecen el marco para que la enfermería lidere proyectos de mejora rigurosos y sostenibles.

Actividades para estudiantes

Actividad 1. Análisis de causas y diseño de un ciclo PHVA

Objetivo. Aplicar las herramientas de análisis de causas y diseñar la fase de planificación completa de un ciclo PHVA para un problema real de un servicio de enfermería.

Desarrollo.

1. En grupos de cuatro o cinco estudiantes, identificar en el servicio de prácticas un problema de calidad del cuidado, a partir de la observación, de los indicadores disponibles o de la conversación con la jefatura.
2. Definir el problema de forma concreta y medible, y proponer cómo obtener su línea de base.
3. Realizar una lluvia de ideas sobre sus causas y organizarlas en un diagrama de causa y efecto con al menos cinco categorías; profundizar en las dos causas principales mediante la técnica de los cinco porqués.
4. Formular un objetivo específico, medible, alcanzable, relevante y con plazo, y elaborar el plan de acción en formato 5W2H y el plan de medición, siguiendo el modelo de la Tabla 27.3.

Producto. Documento de tres a cuatro páginas con la definición del problema, el diagrama de causa y efecto, el análisis de los cinco porqués, el objetivo y los planes de acción y de medición, con citas en formato APA 7.

Actividad 2. Simulación de ciclos PDSA rápidos y análisis con gráfico de tendencia

Objetivo. Experimentar la lógica de los ciclos rápidos de prueba de cambios y la verificación con gráficos de tendencia.

Desarrollo.

1. El docente plantea un proceso sencillo y medible que pueda simularse en el aula o en el laboratorio de simulación, por ejemplo, la preparación de una bandeja para curación o la elaboración de una entrega de turno con ISBAR, y define un indicador de tiempo o de errores.
2. Cada grupo realiza el proceso varias veces para establecer la línea de base y registra los resultados en un gráfico de tendencia.
3. El grupo responde a las tres preguntas del Modelo para la Mejora y realiza al menos tres ciclos PDSA sucesivos, cada uno con un cambio pequeño, registrando los resultados después de cada ciclo.
4. Al final, el grupo analiza su gráfico de tendencia, identifica si hubo una mejora real y decide qué cambios estandarizaría y cómo lo haría.

Producto. Gráfico de tendencia comentado, registro de los ciclos PDSA y una reflexión grupal de una página sobre lo aprendido y su aplicación a la práctica clínica.

Estudio de caso integrador, caso clínico NANDA-I, cuestionario de autoevaluación, anexos de gestión y referencias bibliográficas

Presentación

La Sección IV abordó la calidad y la seguridad del paciente desde cuatro perspectivas complementarias: los sistemas de gestión de calidad, las normas ISO y la acreditación hospitalaria (capítulo 24); los indicadores de calidad del cuidado y la auditoría de enfermería (capítulo 25); la bioseguridad y el control de las infecciones asociadas a la atención en salud (capítulo 26); y la mejora continua mediante el ciclo PHVA (capítulo 27).

Los cuatro capítulos forman un sistema. El sistema de gestión de calidad establece el marco, los procesos y las responsabilidades; los indicadores y la auditoría informan de cómo funciona ese sistema; la prevención y el control de infecciones constituyen uno de los ámbitos en los que la

calidad del cuidado se juega cada día; y el ciclo PHVA es el método para corregir lo que no funciona y consolidar lo que mejora. Este cierre integra esas piezas.

El estudio de caso integrador exige aplicar los cuatro capítulos sobre una misma situación: un servicio de medicina interna que enfrenta un aumento de las infecciones urinarias asociadas a sonda mientras se prepara para una evaluación externa. Siguen un caso clínico resuelto con las taxonomías NANDA-I, NOC y NIC, un cuestionario de autoevaluación de veinte preguntas con su clave de respuestas justificada, los anexos con formatos y plantillas de gestión, y las referencias citadas en este cierre.

Estudio de caso integrador. Infecciones urinarias asociadas a sonda en un servicio que se prepara para la acreditación

Contexto

El servicio de medicina interna de un hospital general de la zona norte del Ecuador tiene 32 camas y atiende con frecuencia a pacientes mayores con accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca y diabetes. El hospital ha iniciado su preparación para una evaluación externa de acreditación dentro de 14 meses, y la dirección ha pedido a cada servicio que revise sus procesos, sus indicadores y sus documento.

La nueva jefa del servicio reúne la siguiente información (datos hipotéticos):

Aspecto	Hallazgo
Infecciones urinarias asociadas a sonda vesical	7,8 por cada 1000 días de sonda en el último semestre, frente a 3,1 en el semestre anterior
Uso de sonda vesical	El 28 % de los pacientes hospitalizados tiene sonda; en una revisión puntual, el 40 % de las sondas no tenía indicación vigente documentada
Revisión diaria de la necesidad de la sonda	No se registra
Higiene de manos	En la encuesta del servicio, el 96 % del personal afirma cumplirla; en la primera observación directa del comité de infecciones, el cumplimiento fue del 38 %
Solución alcohólica	Disponible en el 55 % de los puntos de atención verificados
Protocolo de cuidado de la sonda	Versión de 2017, sin responsable ni fecha de revisión; existe además una versión impresa distinta pegada en la estación de enfermería

Aspecto	Hallazgo
Indicadores	El servicio informa mensualmente cinco indicadores al área de calidad, pero nadie los analiza en el servicio; el personal no conoce los resultados
Auditoría	La última auditoría de registros se hizo hace dos años, sin retroalimentación al personal
Personal	Dos enfermeras por turno nocturno para 32 camas; ausencias sin reemplazo

Preguntas de análisis

Bloque A. Sistema de gestión de calidad y acreditación (capítulo 24)

1. Identifique las no conformidades que encontraría una auditoría interna basada en los requisitos de la norma ISO 9001 o en estándares de acreditación. Clasifíquelas según el capítulo de la norma al que corresponden.

2. Redacte un informe de no conformidad y la acción correctiva para el problema del control de los documentos.

3. ¿Cómo debería preparar el servicio una evaluación con metodología de trazadores? ¿Por qué la preparación no debe organizarse como una campaña?

Bloque B. Indicadores y auditoría (capítulo 25)

4. Elabore la ficha técnica del indicador de infecciones urinarias asociadas a sonda. ¿Por qué se expresa por cada 1000 días de sonda y no como porcentaje de pacientes?

5. ¿Cómo determinaría si el aumento de la tasa corresponde a una variación especial o a una variación común del proceso?

6. Explique la diferencia entre el cumplimiento declarado y el observado de la higiene de manos y lo que implica para la medición.

7. Diseñe un ciclo de auditoría clínica sobre el manejo de la sonda vesical, con criterios, muestra, retroalimentación y plan de acción.

Bloque C. Prevención y control de infecciones (capítulo 26)

8. Identifique los eslabones de la cadena de transmisión implicados y las medidas que actúan sobre cada uno.

9. Proponga el paquete de medidas para la sonda vesical que adoptaría el servicio y la forma de medir su cumplimiento.

10. ¿Qué componentes básicos del programa de prevención y control de infecciones están débiles en este servicio?

Bloque D. Mejora continua (capítulo 27)

11.bPlantee un proyecto de mejora con el ciclo PHVA: problema, línea de base, análisis de causas, objetivo, cambio que se probará, plan de medición, verificación y estandarización.

12. ¿Qué herramientas utilizaría en cada fase? Elabore un diagrama de causa y efecto para el aumento de las infecciones.

Resolución orientadora para el docente

Sistema de gestión de calidad. Una auditoría interna encontraría no conformidades en varios capítulos de la norma: en el capítulo 7, apoyo, por el control deficiente de la información documentada, con dos versiones del protocolo y una de ellas sin fecha ni responsable, y por los recursos insuficientes, como la solución alcohólica y la dotación nocturna; en el capítulo 8, operación, por la falta de control del proceso de cuidado de la sonda; en el capítulo 9, evaluación del desempeño, por indicadores que se informan pero no se analizan y por la ausencia de auditorías; y en el capítulo 10, mejora, por la falta de acciones ante el deterioro de un resultado (ISO/TC 176/SC 2, 2026). El informe de no conformidad debe describir el hallazgo, el requisito incumplido y la evidencia; la acción correctiva debe atender la causa, por ejemplo, la ausencia de un procedimiento de control documental en el servicio, y no solo retirar la hoja pegada en la pared. En una evaluación con trazadores, los evaluadores siguen a un paciente con sonda y preguntan al personal por la indicación, el protocolo, la revisión diaria y los resultados del servicio; solo un trabajo cotidiano, y no una preparación de última hora, permite responder con coherencia. La evidencia muestra que la sostenibilidad de los logros de la acreditación depende de la participación del personal y del compromiso del liderazgo (Bhoomadevi et al., 2026).

Indicadores y auditoría. Las infecciones asociadas a dispositivos se expresan por cada 1000 días de uso del dispositivo porque el riesgo depende del tiempo de exposición. La ficha técnica debe incluir la definición de caso de la vigilancia nacional, el numerador, el denominador, la fuente, la frecuencia, la línea de base, la meta y los responsables (Ministerio de Salud Pública del Ecuador [MSP], 2025).

Para distinguir la variación, conviene representar la tasa en un gráfico de control con al menos 12 a 20 puntos; un punto fuera de los límites o una secuencia de puntos por encima de la media indicaría una variación especial que merece investigación. La diferencia entre el 96 % declarado y el 38 % observado confirma que la adherencia debe medirse por observación directa (Bajunaid et al., 2024).

La auditoría debe usar criterios explícitos, como la indicación documentada, la revisión diaria, el sistema cerrado y la posición de la bolsa, con una muestra definida y una retroalimentación al equipo con plan de acción, porque esas características aumentan el efecto de la auditoría (Ivers et al., 2025).

Prevención y control de infecciones. Están implicadas la puerta de entrada, que es la sonda, y el mecanismo de transmisión por contacto a través de las manos. Las medidas incluyen evitar las sondas innecesarias y retirarlas a tiempo, la inserción aséptica, el sistema cerrado y la higiene de manos. El paquete debe incluir la indicación justificada, la inserción aséptica por personal capacitado, el sistema cerrado, la bolsa por debajo de la vejiga, la revisión diaria de la necesidad y el retiro oportuno mediante un protocolo dirigido por enfermería, que en un hospital se asoció con una reducción de la tasa de 0,99 a 0,27 por cada 1000 días de sonda (Kamel et al., 2025). Su cumplimiento se mide como un todo. Están débiles los componentes de protocolos, monitoreo y retroalimentación, carga de trabajo y recursos humanos, e infraestructura y equipamiento.

Mejora continua. El problema puede definirse así: la tasa de infecciones urinarias asociadas a sonda aumentó a 7,8 por cada 1000 días de sonda en el último semestre. Un diagrama de causa y efecto puede agrupar las causas en paciente, personal, métodos, recursos, entorno y organización, y los cinco porqués pueden llevar desde “las sondas permanecen sin indicación” hasta “no existe un procedimiento que autorice a la enfermera a retirarlas ni un momento definido para revisarlas”. El objetivo puede ser reducir a la mitad la tasa y lograr el 90 % de revisión diaria documentada en seis meses. El cambio puede probarse primero en una sala, con una lista de verificación diaria de la necesidad de la sonda y un protocolo de retiro dirigido por enfermería, y verificarse con un gráfico de tendencia. Si funciona, se estandariza en el protocolo, se forma a todo el personal y se mantiene el indicador en el tablero del servicio (Evans et al., 2026; Hapsari & Chalidyanto, 2025).

Rúbrica de evaluación del caso

Criterio	Excelente (4)	Satisfactorio (3)	En desarrollo (2)	Insuficiente (1)
Sistema de gestión de calidad	Identifica no conformidades por requisito, redacta acciones correctivas sobre las causas y prepara el trazador	Identificación adecuada con omisiones	Hallazgos sin relación con los requisitos	Sin análisis
Indicadores y auditoría	Ficha técnica completa, interpretación de la variación y ciclo de auditoría con retroalimentación efectiva	Adecuado con vacíos menores	Indicadores sin ficha o sin análisis	Sin propuesta

Criterio	Excelente (4)	Satisfactorio (3)	En desarrollo (2)	Insuficiente (1)
Prevención de infecciones	Paquete de medidas completo, medición del cumplimiento y análisis de los componentes del programa	Propuesta adecuada con omisiones	Medidas aisladas	Sin propuesta
Ciclo PHVA	Proyecto completo con línea de base, causas, objetivo, prueba a pequeña escala y estandarización	Proyecto adecuado con fases débiles	Proyecto incompleto	Sin proyecto
Uso de la evidencia	Cita con precisión la evidencia de los cuatro capítulos en formato APA 7	Cita evidencia pertinente con errores menores	Citas escasas	Sin sustento

Casos clínicos resueltos con NANDA-I, NOC y NIC

El caso clínico siguiente traslada los contenidos de la Sección IV al cuidado directo. Se resuelve con el proceso de atención de enfermería: valoración por patrones funcionales de salud, diagnósticos enfermeros según la taxonomía NANDA-I 2024–2026 (Herdman et al., 2024), resultados NOC con sus indicadores y puntuaciones en escala Likert de 1 a 5 (Moorhead et al., 2024), intervenciones NIC con actividades (Wagner et al., 2024) y evaluación. Al final se señalan las implicaciones para la gestión de la calidad.

Las etiquetas y los códigos deben verificarse en las ediciones vigentes antes de utilizarlos en los registros institucionales.

Caso clínico. Don Pedro: infección urinaria asociada a sonda tras un accidente cerebrovascular

Presentación del caso

Don Pedro, de 74 años, ingresó hace nueve días al servicio de medicina interna por un accidente cerebrovascular isquémico con hemiparesia derecha y disfagia leve. En la emergencia se le colocó una sonda vesical para el control de la diuresis, que no se retiró tras la estabilización. Hoy presenta temperatura de 38,6 °C, frecuencia cardíaca de 102 latidos por minuto, orina turbia y maloliente, y mayor somnolencia. La familia refiere que “toma poco líquido porque se atora”. El urocultivo está en proceso. En la historia clínica no consta la revisión diaria de la necesidad de la sonda. Su esposa, de 70 años, lo acompaña durante el día.

Valoración por patrones funcionales de salud

Patrón	Datos relevantes	Alterado
Percepción y manejo de la salud	Sonda vesical de nueve días sin indicación vigente documentada	Sí
Nutricional y metabólico	Temperatura de 38,6 °C; disfagia leve; ingesta de líquidos reducida	Sí
Eliminación	Sonda vesical; orina turbia y maloliente	Sí
Actividad y ejercicio	Hemiparesia derecha; dependencia para la movilidad	Sí
Cognitivo y perceptivo	Mayor somnolencia respecto del día anterior	Sí

Diagnósticos enfermeros priorizados

1. Hipertermia (00007) relacionada con el proceso infeccioso, manifestada por temperatura de 38,6 °C y taquicardia.
2. Deterioro de la eliminación urinaria (00016) relacionado con la presencia prolongada de la sonda vesical y la infección, manifestado por orina turbia y maloliente.
3. Riesgo de volumen de líquidos deficiente (00028) relacionado con la ingesta insuficiente por disfagia y el aumento de las pérdidas por la fiebre.
4. Deterioro de la deglución (00103) relacionado con el daño neurológico, manifestado por atragantamiento referido al ingerir líquidos.

Plan de cuidados

Diagnóstico	Resultado NOC e indicadores	Puntuación basal / meta a 72 horas	Intervenciones NIC y actividades
Hipertermia (00007)	Termorregulación (0800): temperatura corporal, frecuencia cardíaca	2 / 4	Tratamiento de la fiebre (3740): controlar la temperatura cada cuatro horas; administrar el antipirético y el antibiótico prescritos y vigilar su efecto; vigilar signos de sepsis y comunicar al médico cualquier deterioro
Deterioro de la eliminación	Eliminación urinaria (0503): patrón de eliminación, claridad	2 / 4	Cuidados del catéter urinario (1876): verificar con el médico la indicación de la sonda y retirarla según el protocolo dirigido por enfermería; mantener el sistema

Diagnóstico	Resultado NOC e indicadores	Puntuación basal / meta a 72 horas	Intervenciones NIC y actividades
urinaria (00016)	de la orina, ausencia de dolor		cerrado mientras permanezca. Manejo de la eliminación urinaria (0590): vigilar la micción espontánea tras el retiro
Riesgo de volumen de líquidos deficiente (00028)	Hidratación (0602): ingesta de líquidos, mucosas húmedas, diuresis	3 / 5	Manejo de líquidos (4120): balance hídrico estricto; coordinar con el médico y nutrición la vía y el tipo de aporte; ofrecer líquidos espesados según la indicación
Deterioro de la deglución (00103)	Estado de deglución (1010): ausencia de atragantamiento, manejo de los líquidos	3 / 4	Precauciones para evitar la aspiración (3200): posición sentada durante la ingesta y 30 minutos después; supervisión de la alimentación. Terapia de deglución (1860): coordinar la valoración por fonoaudiología; enseñar a la esposa las técnicas seguras de alimentación

Evaluación

A las 72 horas, tras el retiro de la sonda, el tratamiento antibiótico y el manejo de líquidos con espesante, don Pedro está afebril, con una frecuencia cardíaca de 84 latidos por minuto, micción espontánea y orina clara. Las puntuaciones de Termorregulación y de Eliminación urinaria pasaron de 2 a 4, y la de Hidratación, de 3 a 5. La esposa aplica las técnicas de alimentación segura y no se han producido nuevos atragantamientos.

Implicaciones para la gestión de la calidad

El caso es una infección asociada a la atención y debe notificarse en la vigilancia institucional, con la definición de caso nacional (capítulo 26). Su causa principal no es individual, sino un proceso sin control: la ausencia de revisión diaria de la necesidad de la sonda. El registro de los días de sonda alimenta el denominador del indicador (capítulo 25), y la auditoría del paquete de medidas y un ciclo PHVA sobre el retiro oportuno son las respuestas de gestión adecuadas (capítulo 27).

En una evaluación con trazadores, el recorrido de don Pedro mostraría si el protocolo se aplica en la práctica (capítulo 24).

Cuestionario de autoevaluación de la Sección IV

Cada pregunta tiene cuatro opciones de respuesta y una sola correcta. La clave, con la justificación de cada respuesta, se presenta al final del cuestionario.

1. ¿Cuál es la principal característica de la norma ISO 7101?

1. Es una norma de gestión ambiental.
2. Es una norma de acreditación de laboratorios clínicos.
3. Es la primera norma internacional de sistema de gestión de calidad diseñada específicamente para organizaciones de atención de salud.
4. Es un modelo de excelencia basado en la autoevaluación con puntuación.

2. En la terminología de la normalización, la certificación es:

1. La declaración, por un organismo independiente, de que el sistema de gestión de una organización cumple los requisitos de una norma.
2. El reconocimiento de la competencia del organismo certificador.
3. La autoevaluación interna de un servicio.
4. Un premio otorgado por el Ministerio de Salud Pública.

3. La metodología de trazadores, propia de la acreditación hospitalaria, consiste en:

1. Revisar únicamente los documentos de la organización.
2. Seguir el recorrido de un paciente por los servicios y conversar con el personal que lo atiende.
3. Medir los indicadores financieros del hospital.
4. Encuestar a los pacientes después del alta.

4. Según la revisión sistemática de Bhoomadevi et al. (2026), la sostenibilidad de los logros de la acreditación dependió de:

1. La duración de la visita de los evaluadores.
2. El número de documentos elaborados.

3. La contratación de consultores externos.

4. La gobernanza, la capacidad de la fuerza laboral y el apoyo del sistema.

5. En el modelo de estructura, proceso y resultado, la proporción de pacientes con valoración del riesgo de caídas en las primeras ocho horas es un indicador de:

1. Proceso.

2. Estructura.

3. Resultado.

4. Eficiencia económica.

6. ¿Por qué las caídas se expresan como tasa por cada 1000 días-paciente y no como porcentaje de pacientes ingresados?

1. Porque es más fácil de calcular.

2. Porque las caídas solo ocurren una vez por paciente.

3. Porque pueden ocurrir varias veces al mismo paciente y su probabilidad aumenta con el tiempo de exposición.

4. Porque lo exige la norma ISO 9001.

7. El atributo de un indicador que se refiere a si produce resultados similares cuando lo miden distintas personas es la:

1. Validez.

2. Relevancia.

3. Sensibilidad.

4. Fiabilidad.

8. Ante una variación común con un nivel insatisfactorio en un indicador, lo adecuado es:

1. Buscar al responsable de cada mes desfavorable.

2. Rediseñar el proceso, porque el problema está en su diseño.

3. Ignorar los datos.

4. Cambiar la fórmula del indicador.

9. ¿Qué rasgo distingue a una auditoría de enfermería de una revisión informal de historias clínicas?

1. Utiliza criterios definidos de antemano, una muestra con método explícito y concluye con retroalimentación y plan de acción.
2. Busca sancionar a los profesionales con peor desempeño.
3. Se realiza sin informar al personal.
4. Solo revisa los registros de un turno.

10. ¿Cuáles son los cinco momentos de la higiene de manos definidos por la Organización Mundial de la Salud?

1. Al llegar al hospital, antes de comer, después de comer, al ir al baño y al salir.
2. Antes y después de usar guantes, antes de cada turno, después de cada turno y al salir del servicio.
3. Antes del contacto con el paciente, antes de una tarea aséptica, después de la exposición a fluidos corporales, después del contacto con el paciente y después del contacto con su entorno.
4. Solo antes de los procedimientos invasivos.

11. ¿Por qué la adherencia a la higiene de manos debe medirse mediante observación directa?

1. Porque los estudios basados en la autoevaluación tienden a informar valores mucho más altos que la observación.
2. Porque la observación es más barata que las encuestas.
3. Porque la normativa prohíbe las encuestas.
4. Porque la observación no requiere formación.

12. La tuberculosis pulmonar requiere precauciones de:

1. Contacto.
2. Gotas.
3. Aérea, con habitación individual con ventilación adecuada y respirador de alta eficiencia para el personal.

4. Estándar exclusivamente.

13. En un paquete de medidas, el cumplimiento se considera correcto cuando:

1. Se aplica al menos la mitad de las medidas.
2. Se aplica la medida más importante.
3. Lo decide cada profesional.
4. El paciente recibió todas las medidas del paquete.

14. Según el metaanálisis de Martinez-Reviejo et al. (2023), los paquetes de medidas en pacientes con ventilación mecánica:

1. No tuvieron efecto sobre la neumonía asociada a la ventilación.
2. Se asociaron con una reducción de los episodios de neumonía asociada a la ventilación.
3. Redujeron con certeza la mortalidad en todos los estudios.
4. Aumentaron la duración de la ventilación.

15. Según la Norma Técnica nacional de prevención y control de IAAS, ¿en qué plazo debe notificarse un brote?

1. 24 horas.
2. 7 días.
3. 30 días.
4. Al final del año.

16. ¿Cuál es la fase del ciclo PHVA que más tiempo requiere y que con mayor frecuencia se abrevia?

1. Hacer.
2. Verificar.
3. Actuar.
4. Planificar.

17. En la fase de actuar, si un cambio produjo la mejora esperada, corresponde:

1. Abandonarlo.
2. Esperar a que el equipo lo olvide.
3. Repetir la planificación desde el inicio.
4. Adoptarlo y estandarizarlo en el protocolo, con formación del personal y seguimiento del indicador.

18. ¿Qué herramienta permite identificar las pocas causas que explican la mayor parte de un problema?

1. Lluvia de ideas.
2. Diagrama de Pareto.
3. Plan de acción 5W2H.
4. Diagrama de flujo.

19. El Modelo para la Mejora plantea tres preguntas. ¿Cuál de ellas forma parte del modelo?

1. ¿Quién cometió el error?
2. ¿Cómo sabremos que un cambio es una mejora?
3. ¿Cuánto costará la certificación?
4. ¿Qué norma ISO aplicaremos?

20. ¿Cuál es una limitación de la evidencia sobre el ciclo PHVA en enfermería señalada en el capítulo 27?

1. No existe ningún estudio publicado.
2. Todos los estudios son ensayos aleatorizados multicéntricos.
3. Abundan los diseños retrospectivos y de un solo centro, con alta heterogeneidad y posible sesgo de publicación.
4. Los estudios muestran siempre resultados negativos.

Clave de respuestas y justificación

N.º	Respuesta	Justificación
1	c	La ISO 7101, publicada en octubre de 2023, es la primera norma internacional de sistema de gestión de calidad diseñada específicamente para organizaciones de atención de salud (ISO, 2023). La opción del modelo de excelencia con puntuación describe el EFQM.
2	a	La certificación es la declaración de un organismo independiente de que el sistema de gestión cumple una norma; el reconocimiento de la competencia del certificador es, en la normalización, la acreditación (Mediavilla-Herrera, 2024).
3	b	En la metodología de trazadores, los evaluadores siguen el recorrido de un paciente y conversan con el personal para comprobar que los estándares se cumplen en el terreno y no solo en los documentos (capítulo 24).
4	d	La sostenibilidad dependió de la gobernanza, la capacidad de la fuerza laboral y el apoyo del sistema; el compromiso del liderazgo y la participación del personal fueron facilitadores (Bhoomadevi et al., 2026).
5	a	La valoración del riesgo es una actividad del cuidado, por lo que se trata de un indicador de proceso; la dotación sería de estructura y las caídas con lesión, de resultado (capítulo 25).
6	c	Los sucesos que pueden repetirse en el mismo paciente y cuyo riesgo aumenta con la estancia se expresan por días-paciente para tener en cuenta el tiempo de exposición (capítulo 25).
7	d	La fiabilidad se refiere a la reproducibilidad de la medición entre observadores o momentos; la validez, a si mide lo que pretende medir (capítulo 25, Tabla 25.1).
8	b	Ante una variación común con un nivel insatisfactorio, el problema está en el diseño del proceso y solo un cambio en ese diseño mejorará los resultados; buscar culpables en cada mes es un error (capítulo 25).

N.º	Respuesta	Justificación
9	a	La auditoría utiliza criterios explícitos y conocidos, una muestra con método explícito y concluye con retroalimentación y plan de acción; su propósito no es sancionar (capítulo 25).
10	c	Los cinco momentos son: antes del contacto con el paciente, antes de una tarea aséptica, después de la exposición a fluidos corporales, después del contacto con el paciente y después del contacto con su entorno (capítulo 26).
11	a	Los estudios por autoevaluación informan valores muy altos, como el 98,3 % declarado en un centro de salud ecuatoriano, mientras que la observación suele mostrar cumplimientos mucho menores (Bajunaid et al., 2024; Tapia Aguilar & Salvatierra Ávila, 2025).
12	c	La tuberculosis pulmonar se transmite por vía aérea y requiere habitación individual con ventilación adecuada, idealmente con presión negativa, y respirador de alta eficiencia (capítulo 26, Tabla 26.2).
13	d	El cumplimiento del paquete se mide como un todo: un paciente cumple solo si recibió todas las medidas (capítulo 26).
14	b	El metaanálisis de 36 estudios encontró una reducción de los episodios de neumonía asociada a la ventilación (OR = 0,42); el efecto sobre la mortalidad no fue concluyente (Martinez-Reviejo et al., 2023).
15	a	La norma establece la notificación del brote en un plazo de 24 horas a los niveles hospitalario, zonal y nacional (MSP, 2025).
16	d	La planificación es la fase que más tiempo requiere y la que con mayor frecuencia se abrevia, lo que explica muchos fracasos de los proyectos de mejora (capítulo 27).
17	d	Si el cambio produjo la mejora, se adopta y se estandariza; la estandarización distingue la mejora continua de los esfuerzos aislados (capítulo 27).
18	b	El diagrama de Pareto muestra que unas pocas causas explican la mayor parte del problema, lo que orienta los esfuerzos (capítulo 27, Tabla 27.2).
19	b	Las tres preguntas del Modelo para la Mejora son qué se intenta lograr, cómo se sabrá que un cambio es una mejora y qué cambios pueden producir una mejora (Evans et al., 2026).

N.º	Respuesta	Justificación
20	C	La evidencia procede en buena parte de diseños retrospectivos y de un solo centro, con alta heterogeneidad, posible sesgo de publicación y problemas de fidelidad en la aplicación del ciclo (capítulo 27; Lu et al., 2025).

Anexos. Formatos, indicadores y plantillas de gestión

Los anexos presentan modelos que cada institución debe adaptar a su normativa, a sus sistemas de información y a las disposiciones nacionales vigentes. Los espacios en blanco indican campos que

Anexo 11. Tablero consolidado de indicadores de la Sección IV

Capítulo	Indicador	Tipo	Fórmula	Fuente	Frecuencia
24	Protocolos vigentes con responsable y fecha de revisión	Estructura	Protocolos vigentes / protocolos del servicio × 100	Sistema documental	Semestral
24	No conformidades cerradas con eficacia verificada	Proceso	No conformidades cerradas en plazo / no conformidades abiertas × 100	Registro de no conformidades	Trimestral
25	Horas de enfermería por paciente y día	Estructura	Horas trabajadas / días-paciente	Talento humano y estadística	Mensual
25	Valoración del riesgo de caídas al ingreso	Proceso	Pacientes valorados en 8 h / ingresos × 100	Historia clínica	Mensual
25	Caídas con lesión	Resultado	Caídas con lesión / días-paciente × 1000	Notificación de incidentes	Mensual
25	Lesiones por presión adquiridas	Resultado	Pacientes con lesión adquirida / días-paciente × 1000	Vigilancia	Mensual
26	Higiene de manos observada	Proceso	Oportunidades con higiene correcta /	Observación directa	Mensual

Capítulo	Indicador	Tipo	Fórmula	Fuente	Frecuencia
			oportunidades observadas × 100		
26	Cumplimiento del paquete de catéter venoso central	Proceso	Observaciones con todas las medidas / observaciones × 100	Lista de verificación	Mensual
26	Infecciones urinarias asociadas a sonda	Resultado	Infecciones / días de sonda × 1000	Vigilancia epidemiológica	Mensual
26	Accidentes con riesgo biológico	Resultado	Accidentes notificados / personal de enfermería × 100	Salud ocupacional	Anual
27	Proyectos de mejora con las cuatro fases completas	Proceso	Proyectos completos / proyectos iniciados × 100	Registro de proyectos	Semestral
27	Mejoras estandarizadas y sostenidas a seis meses	Resultado	Mejoras sostenidas / mejoras implantadas × 100	Tablero de indicadores	Anual

SECCIÓN V. INNOVACIÓN, INVESTIGACIÓN Y TENDENCIAS EN GESTIÓN DE ENFERMERÍA

CAPÍTULO 23. INVESTIGACIÓN APLICADA A LA GESTIÓN DE SERVICIOS DE ENFERMERÍA

Competencias

1. Analizar los fundamentos y los conceptos esenciales de investigación aplicada a la gestión de servicios de enfermería en la administración de los servicios de enfermería. 2. Aplicar criterios de gestión basados en evidencia a situaciones relacionadas con el contenido del capítulo. 3. Evaluar decisiones profesionales y sus implicaciones para la calidad del cuidado y la seguridad del paciente.

Innovación, investigación y tendencias en gestión de enfermería

Introducción

Las decisiones de gestión en los servicios de enfermería han descansado durante mucho tiempo en la experiencia, la tradición o la intuición de quienes las toman. ¿Cuántas enfermeras necesita un servicio de medicina interna por turno? ¿Qué modelo de asignación del cuidado produce mejores resultados? ¿Qué estrategias reducen la rotación del personal? ¿Funciona realmente el huddle de seguridad que se implantó el año pasado? Estas preguntas tienen consecuencias directas para los pacientes, los profesionales y las instituciones, y su respuesta no debería depender solo de la opinión.

A lo largo de este libro se han citado numerosos estudios que respondieron preguntas de este tipo, desde la relación entre la dotación de enfermeras y la mortalidad (Saville et al., 2025; Zaranko et al., 2023) hasta el efecto de la auditoría con retroalimentación (Ivers et al., 2025). Esa evidencia existe porque alguien formuló una pregunta de gestión, diseñó un estudio para responderla y difundió sus resultados; la investigación aplicada es, en consecuencia, una herramienta propia de la administración de los servicios.

La enfermería latinoamericana, y la ecuatoriana en particular, ha incrementado su producción científica en las últimas décadas, pero esta procede en su gran mayoría del ámbito universitario y aborda con menor frecuencia los problemas de gestión de los servicios (Palencia Gutiérrez et al., 2023). Al mismo tiempo, las enfermeras de los servicios enfrentan barreras importantes para investigar, como la falta de tiempo, de formación y de apoyo organizativo (Mackay et al., 2026).

Superar esta brecha exige que la gestión de enfermería asuma la investigación como parte de sus

responsabilidades y que la universidad y los servicios trabajen de forma articulada.

Este capítulo, con el que se abre la Sección V, presenta los fundamentos de la investigación aplicada a la gestión de los servicios de enfermería, desde la formulación de preguntas y la elección de diseños hasta los requisitos éticos en el Ecuador, la difusión de resultados y el fortalecimiento de la capacidad investigadora. El capítulo 30 complementa este enfoque con el uso de la evidencia en las decisiones administrativas.

La investigación en la gestión de enfermería

La investigación aplicada a la gestión de los servicios de enfermería forma parte del campo más amplio de la investigación en servicios de salud, que estudia cómo la organización, el financiamiento, la dotación, las tecnologías y los procesos influyen en el acceso, la calidad, la seguridad y los costos de la atención.

Su ámbito propio incluye, entre otros, los siguientes temas: la dotación y la carga de trabajo; los modelos de organización y asignación del cuidado; el entorno de práctica, el liderazgo y la cultura de seguridad; el bienestar, la satisfacción, la rotación y la retención del personal; los resultados sensibles a la enfermería; la experiencia de los pacientes; la implementación de innovaciones, guías y protocolos; la gestión de recursos y la eficiencia; y la formación y el desarrollo de competencias.

Su carácter aplicado significa que parte de problemas reales de los servicios y busca respuestas que puedan utilizarse en la toma de decisiones. Ello no la exime del rigor metodológico: al contrario, una investigación aplicada mal diseñada puede conducir a decisiones erróneas con consecuencias para los pacientes y los trabajadores.

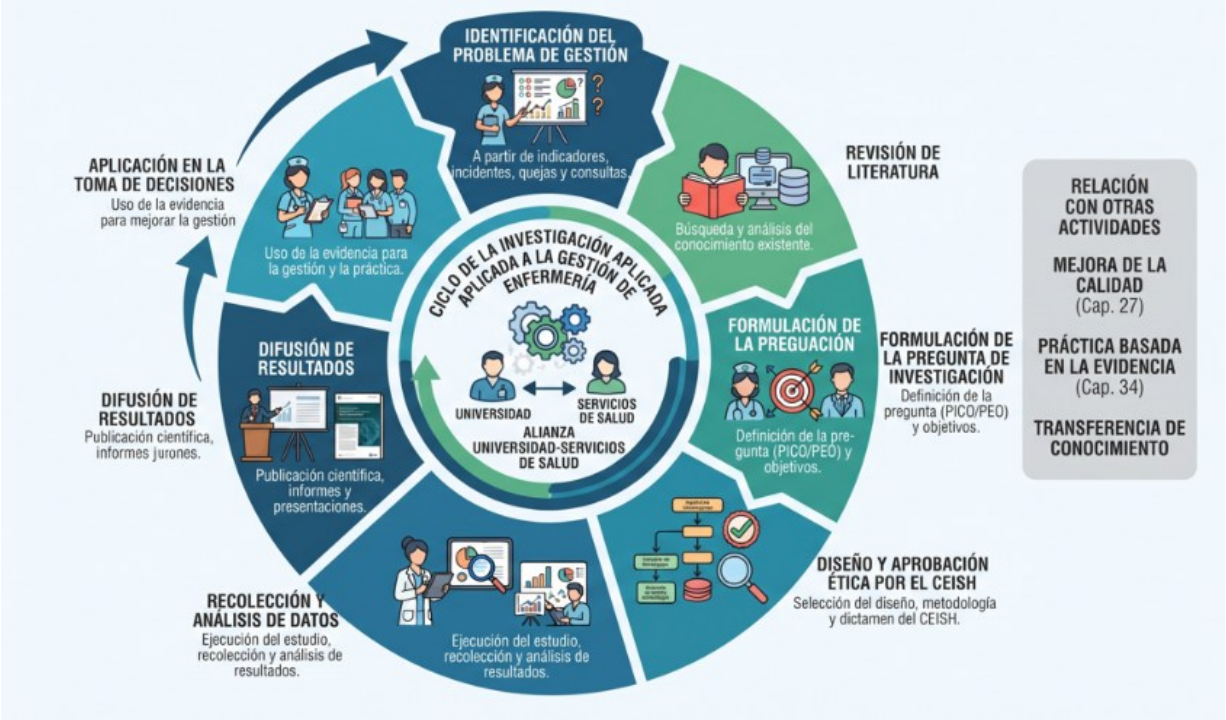


Figura 44. El ciclo de la investigación aplicada a la gestión de enfermería

Fuente: Elaboración propia con base a Palencia Gutiérrez et al. (2023)

Investigación, mejora de la calidad y práctica basada en la evidencia

Tres actividades relacionadas comparten herramientas y suelen confundirse: la investigación, la mejora de la calidad y la práctica basada en la evidencia. La Tabla 28.1 resume sus diferencias.

Tabla 6. Diferencias entre investigación, mejora de la calidad y práctica basada en la evidencia

Característica	**Investigación**	**Mejora de la calidad**	**Práctica basada en la evidencia**
Propósito	Generar conocimiento nuevo y generalizable	Mejorar un proceso o resultado en un contexto local	Aplicar la mejor evidencia disponible a las decisiones
Punto de partida	Una pregunta sin respuesta suficiente en la literatura	Un problema de desempeño local	Una pregunta para la que existe evidencia que debe valorarse
Método	Diseño definido antes de iniciar, con control de sesgos	Ciclos rápidos de cambio y medición (PHVA)	Búsqueda, valoración crítica y aplicación de la evidencia

Característica	Investigación	Mejora de la calidad	Práctica basada en la evidencia
Generalización	Busca resultados aplicables más allá del contexto del estudio	Resultados válidos sobre todo para el contexto local	Adapta evidencia general a un contexto concreto
Revisión ética	Requiere aprobación de un comité de ética de investigación	Habitualmente, según la normativa institucional; puede requerir revisión si implica riesgos o se publicará	Según la normativa institucional
Ejemplo	Estudio multicéntrico sobre la relación entre el entorno de práctica y la intención de abandono	Proyecto para reducir las caídas nocturnas en un servicio	Actualización del protocolo de prevención de caídas con base en guías recientes

Fuente: Elaboración propia. Las fronteras no siempre son nítidas; cuando un proyecto de mejora pretende publicarse o implica riesgos para los participantes, conviene consultar al comité de ética.

La distinción tiene consecuencias prácticas. Un proyecto de mejora de la calidad, como los descritos en el capítulo 27, no necesita un diseño experimental, pero tampoco permite afirmar con seguridad que el cambio fue la causa del resultado. Un estudio de investigación, en cambio, exige un diseño que controle los sesgos y una revisión ética previa. La práctica basada en la evidencia, que se desarrollará en el capítulo 30, utiliza los resultados de la investigación para fundamentar las decisiones.

Aportes de la investigación a la gestión

La investigación aporta a la gestión de enfermería en varios planos: ofrece evidencia para decidir, como la que vincula la dotación insuficiente con la mortalidad (Saville et al., 2025); permite evaluar si las intervenciones de gestión funcionan, como en el proyecto Magnet4Europe (Aiken et al., 2026); hace visible la contribución de la enfermería mediante medidas que capten su trabajo (McEvoy et al., 2025); y fortalece su posición en la organización, porque las decisiones fundamentadas en datos propios persuaden más a la dirección.

Prioridades y preguntas de investigación

28.2.1 Agendas de investigación en gestión de enfermería

Los recursos para investigar son limitados, por lo que conviene orientarlos hacia los problemas más relevantes mediante agendas de prioridades elaboradas con métodos de consenso. Un estudio Delphi para las prioridades de investigación en enfermería de Qatar 2023–2033 situó en primer lugar el desarrollo, el bienestar y la retención del personal, seguidos del liderazgo para un entorno de trabajo saludable y de la seguridad y la experiencia del paciente (Alomari et al., 2024).

Estos temas coinciden con las necesidades de los servicios ecuatorianos. Una agenda institucional puede construirse a partir de los indicadores de calidad, los incidentes y las quejas, las encuestas de cultura de seguridad y las consultas con el personal y los pacientes. La Tabla 28.2 propone ejemplos de líneas y preguntas de investigación.

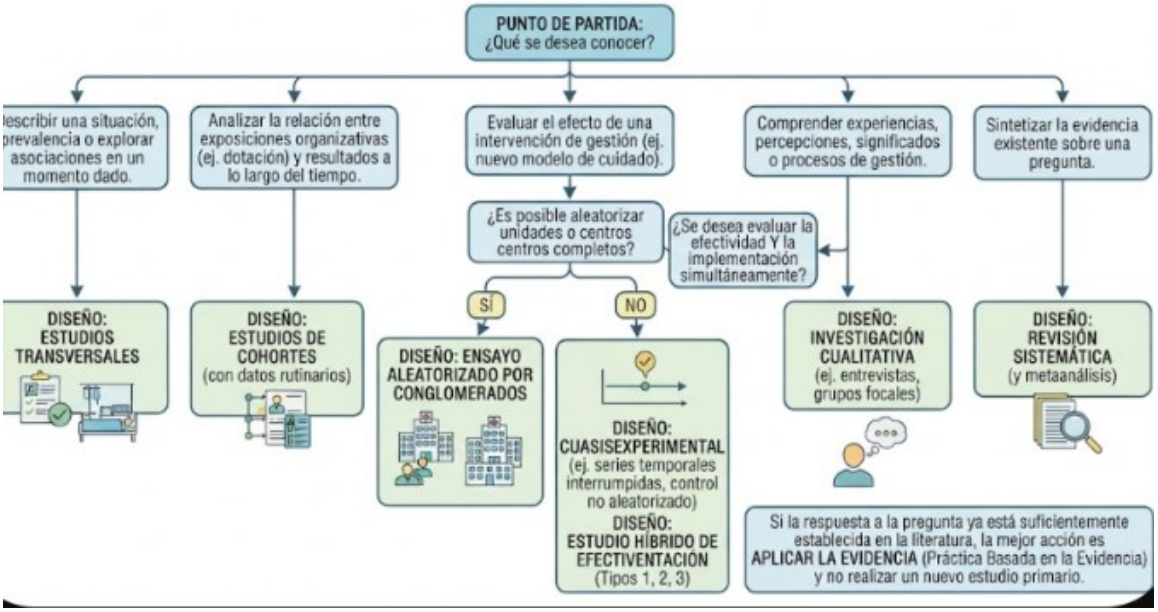


Figura 45. Selección del diseño de investigación según la pregunta de gestión

Fuente: Elaboración propia a partir de Sevdalis, N. (2023).

Tabla 7. Ejemplos de líneas y preguntas de investigación en gestión de servicios de enfermería

Línea de investigación	**Ejemplo de pregunta**	**Diseño posible**
Dotación y carga de trabajo	¿Se asocian los turnos con dotación inferior a la requerida, según la clasificación de pacientes, con una mayor incidencia de caídas y de lesiones por presión?	Estudio de cohortes retrospectivo con datos rutinarios
Entorno de práctica y retención	¿Qué factores del entorno de práctica se asocian con la intención de abandono de las enfermeras de los hospitales de la zona norte del país?	Estudio transversal analítico

Línea de investigación	Ejemplo de pregunta	Diseño posible
Liderazgo	¿Cómo perciben las enfermeras el estilo de liderazgo de sus jefaturas y cómo se relaciona con su compromiso organizativo?	Métodos mixtos
Seguridad del paciente	¿Reduce un *huddle* diario de seguridad la incidencia de eventos adversos en los servicios de hospitalización?	Ensayo aleatorizado por conglomerados o series temporales interrumpidas
Implementación	¿Qué estrategias favorecen la adherencia a un protocolo de retiro temprano de la sonda vesical dirigido por enfermería?	Diseño híbrido de efectividad e implementación
Experiencia del paciente	¿Qué aspectos del cuidado de enfermería valoran más los pacientes hospitalizados y cuáles generan más quejas?	Estudio cualitativo y análisis de contenido de quejas
Formación y competencias	¿Mejora un programa de mentoría la competencia y la permanencia de las enfermeras recién graduadas?	Estudio cuasiexperimental

Fuente: Elaboración propia.

28.2.2 Formulación de la pregunta

Una buena pregunta de investigación es el punto de partida de un buen estudio. Debe ser relevante para la práctica o la gestión, original o al menos necesaria en el contexto local, factible con los recursos disponibles, éticamente aceptable y lo bastante precisa como para orientar el diseño. Las preguntas demasiado amplias, como "¿cómo mejorar la calidad del cuidado?", deben desglosarse en preguntas concretas y medibles.

Para estructurar la pregunta se utilizan formatos que identifican sus componentes. En las preguntas sobre el efecto de una intervención, el formato PICO define la población, la intervención, la comparación y los resultados: por ejemplo, en enfermeras de servicios de hospitalización (P), ¿un programa de mentoría de seis meses (I), en comparación con la orientación habitual (C), reduce la rotación durante el primer año (O)?

En las preguntas sobre experiencias o percepciones, propias de la investigación cualitativa, se utilizan formatos como PEO, que define la población, la exposición o el fenómeno de interés y los resultados o aspectos que se desea comprender.

Antes de diseñar el estudio, es indispensable revisar la literatura para conocer lo que ya se sabe.

Con frecuencia, la pregunta ya ha sido respondida por estudios o revisiones previas, y lo que se necesita no es un nuevo estudio, sino aplicar la evidencia existente o adaptarla al contexto local.

Diseños de investigación aplicados a la gestión

La elección del diseño depende de la pregunta. La Tabla 28.3 resume los principales diseños utilizados en la investigación en gestión de enfermería, con ejemplos tomados de la evidencia citada en este libro.

Tabla 8. Diseños de investigación útiles en la gestión de enfermería

Diseño	Para qué sirve	Ejemplo en la literatura reciente
Transversal descriptivo o analítico	Describir una situación o explorar asociaciones en un momento dado	Encuestas de cultura de seguridad en hospitales ecuatorianos
Cohortes con datos rutinarios	Analizar la relación entre exposiciones organizativas y resultados a lo largo del tiempo	Dotación de enfermeras y mortalidad en hospitales ingleses (Zaranko et al., 2023; Saville et al., 2025)
Cuasiexperimental	Evaluar intervenciones cuando no es posible aleatorizar	Intervención Magnet4Europe en 56 hospitales europeos (Aiken et al., 2026)
Ensayo aleatorizado por conglomerados	Evaluar intervenciones organizativas asignando unidades o centros al azar	Ensayos incluidos en revisiones sobre auditoría con retroalimentación (Ivers et al., 2025)
Cualitativo	Comprender experiencias, percepciones y procesos	Experiencias de directivos que realizan análisis de causa raíz (Liepelt & Kirchhoff, 2025)
Métodos mixtos	Combinar la medición con la comprensión de los procesos	Evaluaciones de programas de implementación de guías
Híbrido de efectividad e implementación	Evaluar a la vez una intervención y su implementación	Ensayos de implementación descritos por Jurczuk et al. (2023)
Revisión sistemática y metaanálisis	Sintetizar la evidencia disponible sobre una pregunta	Vías clínicas (Rotter et al., 2025); auditoría y retroalimentación (Ivers et al., 2025)

Fuente: Elaboración propia a partir de los estudios citados.

Estudios descriptivos y analíticos observacionales

Los estudios transversales son los más frecuentes en la investigación de enfermería, porque son relativamente sencillos y permiten describir situaciones, como la carga de trabajo, la satisfacción laboral o la cultura de seguridad, y explorar asociaciones entre variables. Su principal limitación es que no permiten establecer la secuencia temporal entre la exposición y el resultado, por lo que no pueden demostrar causalidad.

Los estudios de cohortes, que siguen a un grupo de pacientes o de profesionales a lo largo del tiempo, permiten establecer esa secuencia.

Los estudios recientes sobre dotación ilustran su potencia cuando se combinan con datos de uso rutinario: el análisis de Saville et al. (2025) siguió a más de 600 000 pacientes atendidos en 185 unidades de cuatro hospitales, midiendo para cada paciente su exposición diaria a turnos con dotación insuficiente, lo que permitió estimar con precisión el efecto de cada día de subdotación sobre la mortalidad y los reingresos.

Estudios de intervención

Cuando la pregunta se refiere al efecto de una intervención de gestión, como un nuevo modelo de asignación, un programa de formación o una rutina de seguridad, se requieren diseños de intervención. El ensayo aleatorizado es el diseño de referencia, pero en la gestión de servicios la aleatorización de individuos suele ser inviable, porque las intervenciones afectan a unidades completas. Por ello, se utilizan los ensayos aleatorizados por conglomerados, en los que se asignan al azar unidades u hospitales, y diseños cuasiexperimentales.

Entre los diseños cuasiexperimentales, la simple comparación antes y después es la más débil, porque no permite distinguir el efecto de la intervención de otros cambios ocurridos en el mismo período. Diseños más robustos son las series temporales interrumpidas, que analizan la tendencia de un indicador en múltiples momentos antes y después de la intervención, y los diseños con grupo de control no aleatorizado.

El estudio Magnet4Europe, en el que cada hospital actuó como su propio control, reconoce como limitación no haber podido descartar los cambios generales del período, un ejemplo de prudencia en la interpretación (Aiken et al., 2026).

Investigación cualitativa y métodos mixtos

La investigación cualitativa permite comprender cómo y por qué ocurren los fenómenos: cómo viven las enfermeras la auditoría de sus registros, cómo experimentan los directivos la investigación de un evento centinela o qué valoran los pacientes del cuidado de enfermería. Utiliza

técnicas como las entrevistas en profundidad, los grupos focales y la observación, y métodos de análisis como el análisis temático.

Estudios como el de Liepelt y Kirchhoff (2025), que exploró mediante entrevistas las experiencias de los directivos hospitalarios en la realización de un análisis de causa raíz, aportan una comprensión de los procesos que los estudios cuantitativos no capturan.

Los métodos mixtos integran ambos enfoques. Por ejemplo, un estudio puede medir la adherencia a un protocolo en varias unidades y, después, entrevistar al personal de las unidades con mejor y peor adherencia para comprender las diferencias. La integración de los resultados, y no su simple yuxtaposición, es el rasgo distintivo de un buen diseño mixto.

Investigación de implementación y diseños híbridos

Saber que una intervención es eficaz no garantiza que se aplique. La investigación de implementación estudia las estrategias que favorecen la adopción de las intervenciones basadas en la evidencia en la práctica habitual, como se discutió en el capítulo 23. Los diseños híbridos de efectividad e implementación permiten estudiar ambos aspectos a la vez.

Se distinguen tres tipos: el tipo 1, centrado en la efectividad clínica de una intervención con evidencia todavía limitada, con la implementación como objetivo secundario; el tipo 2, en el que ambos aspectos tienen la misma importancia; y el tipo 3, centrado en la implementación de intervenciones cuya efectividad ya está establecida (Jurczuk et al., 2023). Estos últimos son especialmente pertinentes para la gestión de enfermería, porque estudian cómo implantar, y no qué implantar.

Revisiones sistemáticas

Las revisiones sistemáticas sintetizan de forma rigurosa la evidencia sobre una pregunta y ofrecen una visión de conjunto que ningún estudio aislado proporciona, como las revisiones Cochrane sobre vías clínicas y sobre auditoría citadas en capítulos anteriores (Ivers et al., 2025; Rotter et al., 2025). Las enfermeras gestoras pueden participar en ellas junto con las universidades y deben saber interpretarlas, valorando la calidad de los estudios, la heterogeneidad y la certeza de la evidencia.

Fuentes de datos y medición

Datos de uso rutinario

Los servicios de salud generan diariamente una gran cantidad de datos que pueden reutilizarse para investigar: la historia clínica electrónica, los censos de pacientes, los registros de personal y de turnos, los sistemas de notificación de incidentes, los registros de quejas y las encuestas de

satisfacción. Su uso tiene ventajas importantes: grandes volúmenes de información, bajo costo y reflejo de la práctica real. Los estudios sobre dotación citados en este libro se basaron precisamente en la combinación de registros de turnos con datos de pacientes.

La reutilización de estos datos para la gestión y la investigación depende, sin embargo, de su calidad y de su estructura. La integración de terminologías enfermeras estandarizadas y de valoraciones estructuradas en la historia clínica electrónica facilita esta reutilización (Bertocchi et al., 2025). Cuando los registros de enfermería son narrativos, incompletos o heterogéneos, su análisis resulta difícil o imposible. Por ello, la mejora de los registros, descrita en el capítulo 18, es también una condición para la investigación.

Instrumentos y calidad de la medición

Cuando los datos rutinarios no son suficientes, se requieren instrumentos específicos, como cuestionarios de cultura de seguridad, de satisfacción laboral, de entorno de práctica o de cuidado omitido. La regla básica es utilizar instrumentos validados en el idioma y el contexto de aplicación, que hayan demostrado su validez y su fiabilidad, en lugar de construir cuestionarios propios sin validación. Cuando un instrumento debe adaptarse a un nuevo contexto, es necesario seguir un proceso de traducción, adaptación cultural y validación psicométrica.

Ética, integridad y difusión

Requisitos éticos y normativos en el Ecuador

La investigación con seres humanos, incluida la que se realiza con pacientes, con profesionales de la salud o con sus datos, debe respetar los principios éticos de respeto a las personas, beneficencia y justicia. En el Ecuador, los proyectos de investigación en salud con seres humanos deben ser evaluados por un Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH) aprobado por el Ministerio de Salud Pública.

El reglamento sustitutivo vigente, expedido mediante el Acuerdo Ministerial 00005-2022, regula la aprobación y el seguimiento de estos comités y de los comités de ética asistenciales para la salud, amplía su ámbito de los ensayos clínicos a los estudios observacionales y de intervención, y es de cumplimiento obligatorio para las instituciones académicas, los hospitales públicos y privados y los institutos de investigación en salud (Ministerio de Salud Pública del Ecuador [MSP], 2022).

Los requisitos éticos más relevantes para la investigación en gestión de enfermería incluyen el consentimiento informado de los participantes, que en el caso de los profesionales debe garantizar que su decisión de participar o no participar no tendrá consecuencias laborales; la confidencialidad

y la protección de los datos, en particular de los datos de salud, considerados sensibles por la legislación de protección de datos; la minimización de los riesgos; y la declaración de los conflictos de interés.

La investigación realizada por jefaturas con su propio personal exige un cuidado especial, porque la relación jerárquica puede comprometer la voluntariedad de la participación.

Integridad científica

La integridad científica exige honestidad en todas las etapas de la investigación: en el diseño, en la recolección y el análisis de los datos, en la interpretación de los resultados y en su publicación. Son contrarias a la integridad la fabricación y la falsificación de datos, el plagio, la publicación selectiva de los resultados favorables y la atribución inapropiada de la autoría.

La investigación en gestión plantea un riesgo particular: la tentación de presentar los resultados de forma favorable a la institución o a la intervención implantada por quien la investiga. La declaración explícita de las limitaciones, como hacen los estudios citados en este capítulo, es una expresión de integridad.

Difusión y transferencia de los resultados

Una investigación que no se difunde no contribuye al conocimiento ni a la mejora de los servicios. La difusión debe dirigirse a dos audiencias. La primera es la comunidad científica, mediante la publicación en revistas indexadas y la presentación en congresos; para ello, conviene seguir las guías de reporte correspondientes a cada diseño, como CONSORT para los ensayos, STROBE para los estudios observacionales, COREQ para los estudios cualitativos, PRISMA para las revisiones sistemáticas y SQUIRE para los proyectos de mejora de la calidad.

La segunda audiencia es la propia institución y sus profesionales, mediante informes breves, sesiones con el personal y la dirección, y recomendaciones concretas para la gestión. La transferencia del conocimiento a la práctica, que se desarrollará en el capítulo 30, es el objetivo final de la investigación aplicada.

Capacidad investigadora y contexto ecuatoriano

Barreras y facilitadores

La participación de las enfermeras de los servicios en la investigación enfrenta barreras conocidas. Una revisión de alcance de 79 estudios identificó como principales la falta de tiempo, la formación insuficiente, las creencias negativas sobre la propia capacidad, el escaso apoyo organizativo y una

cultura poco favorable; como facilitadores, la infraestructura de investigación, la formación y la mentoría, un liderazgo visionario y una cultura que valore la investigación.

Los autores recomiendan ofrecer tiempo remunerado para investigar y alianzas entre la academia y la práctica con apoyo metodológico y vías de financiamiento (Mackay et al., 2026).

Articulación entre la universidad y los servicios

La articulación entre las universidades y los servicios de salud es la estrategia más prometedora para superar estas barreras. Las universidades aportan formación metodológica, acceso a la literatura, apoyo estadístico y experiencia en publicación; los servicios aportan las preguntas relevantes, el acceso a los datos y a los participantes, y la capacidad de aplicar los resultados.

Para universidades como la Universidad Politécnica Estatal del Carchi, situadas en territorios con hospitales y centros de salud de la red pública, esta articulación ofrece la oportunidad de construir líneas de investigación conjuntas sobre los problemas de gestión de la zona norte del país.

Desde la gestión de enfermería, se proponen las siguientes acciones para fortalecer la capacidad investigadora:

- Incluir la investigación en la planificación. Definir en el plan del servicio una o dos preguntas de investigación prioritarias, a partir de los indicadores, los incidentes y las quejas.
- Reconocer el tiempo. Gestionar ante la dirección horas protegidas para que el personal participe en proyectos de investigación.
- Formar y acompañar. Promover la formación en metodología de la investigación y establecer relaciones de mentoría con docentes universitarios.
- Mejorar los datos. Impulsar registros estructurados y de calidad que permitan reutilizar los datos para la investigación.
- Establecer alianzas. Formalizar convenios con las universidades para proyectos conjuntos, prácticas de investigación de los estudiantes y acceso a recursos metodológicos.
- Cumplir los requisitos éticos. Conocer el procedimiento del CEISH de referencia y garantizar la voluntariedad y la confidencialidad de los participantes.
- Difundir y aplicar. Presentar los resultados al personal y a la dirección, publicarlos y utilizarlos en la toma de decisiones.

Síntesis

La investigación aplicada a la gestión de los servicios de enfermería genera el conocimiento

necesario para fundamentar las decisiones sobre la dotación, la organización del cuidado, el entorno de trabajo, el liderazgo, la seguridad y la experiencia de los pacientes. Se diferencia de la mejora de la calidad, que busca resolver problemas locales mediante ciclos rápidos, y de la práctica basada en la evidencia, que aplica el conocimiento disponible, aunque las tres se complementan.

Una buena investigación comienza con una pregunta relevante, factible y precisa, estructurada con formatos como PICO o PEO y precedida de una revisión de la literatura. El diseño depende de la pregunta: los estudios transversales y de cohortes describen y analizan asociaciones; los ensayos por conglomerados y los diseños cuasiexperimentales evalúan intervenciones organizativas; la investigación cualitativa y los métodos mixtos comprenden procesos y experiencias; los diseños híbridos estudian a la vez efectividad e implementación; y las revisiones sistemáticas sintetizan la evidencia.

En el Ecuador, toda investigación con seres humanos requiere la evaluación de un CEISH aprobado, con especial atención a la voluntariedad de los profesionales y a la protección de los datos. Las barreras de tiempo, formación y apoyo organizativo pueden superarse mediante el liderazgo de las jefaturas, el tiempo protegido, la mentoría y la articulación entre las universidades y los servicios de salud.

Actividades para estudiantes

Actividad 1. Formulación de un protocolo breve de investigación en gestión de enfermería

Objetivo. Identificar un problema de gestión en un servicio de enfermería y elaborar un protocolo breve de investigación con pregunta, diseño, variables y consideraciones éticas.

Desarrollo.

1. En grupos de cuatro estudiantes, identificar un problema de gestión observado en las prácticas preprofesionales o tomado de los capítulos anteriores del libro, por ejemplo, la rotación del personal, la carga de trabajo nocturna o la adherencia a un protocolo.
2. Realizar una búsqueda bibliográfica en al menos dos bases de datos y resumir en una página lo que ya se sabe sobre el problema, con fuentes de 2023 a 2026.
3. Formular la pregunta de investigación con el formato PICO o PEO y justificar su relevancia y su factibilidad.
4. Seleccionar el diseño más adecuado, con base en la Tabla 28.3, y describir la población, la muestra, las variables, los instrumentos y el plan de análisis.
5. Identificar los requisitos éticos del estudio, incluido el procedimiento ante el CEISH, el

consentimiento informado y la protección de los datos.

Producto. Protocolo breve de cinco a seis páginas, con referencias en formato APA 7, y una presentación de diez minutos ante un grupo que actuará como comité evaluador.

Actividad 2. Lectura crítica de un estudio de investigación en gestión de enfermería

Objetivo. Valorar críticamente un estudio publicado sobre gestión de enfermería, identificando sus fortalezas, sus limitaciones y su aplicabilidad al contexto ecuatoriano.

Desarrollo.

1. El docente asigna a cada pareja un artículo reciente de gestión de enfermería, por ejemplo, uno de los estudios citados en este capítulo sobre dotación, entorno de práctica o cultura de seguridad.
2. Identificar la pregunta, el diseño, la población, las variables y los principales resultados.
3. Valorar críticamente el estudio con la guía de reporte correspondiente a su diseño (STROBE, CONSORT, COREQ o PRISMA), señalando al menos tres fortalezas y tres limitaciones, incluidas las que reconocen los propios autores.
4. Discutir si los resultados podrían aplicarse a un hospital de la zona norte del Ecuador y qué estudio habría que realizar para comprobarlo.

Producto. Informe de lectura crítica de tres páginas y participación en un club de revista con todo el grupo.

CAPÍTULO 22. TECNOLOGÍAS EMERGENTES: TELEMEDICINA, IA Y AUTOMATIZACIÓN EN LA GESTIÓN DEL CUIDADO

Innovación, investigación y telemedicina en gestión de enfermería

Competencias

1. Explicar el concepto de transformación digital en salud y su relevancia para la gestión de los servicios de enfermería, con referencia a los marcos internacionales y a la política nacional ecuatoriana.

1. Diferenciar las modalidades de telesalud y teleenfermería, valorar la evidencia sobre sus resultados y planificar su organización en un servicio.
2. Describir las principales aplicaciones de la inteligencia artificial en la gestión del cuidado y analizar críticamente sus beneficios, sus limitaciones y sus riesgos.
3. Identificar oportunidades de automatización de procesos asistenciales y administrativos que liberen tiempo para el cuidado directo.
4. Aplicar principios éticos, normativos y de seguridad de la información en la adopción de tecnologías emergentes, incluida la protección de datos personales en el Ecuador.
5. Proponer una hoja de ruta para la adopción, la evaluación y el escalamiento de una tecnología en un servicio de enfermería, con indicadores de resultado.

Introducción

Una enfermera que trabajaba en un hospital de provincia hace veinte años registraba las constantes vitales en una hoja de papel, calculaba las dosis a mano y se comunicaba con los pacientes dados de alta solo si estos regresaban a la consulta.

Hoy, en muchos servicios, los signos vitales se transcriben de forma automática en la historia clínica electrónica, un algoritmo puede advertir del riesgo de sepsis antes de que el cuadro sea evidente y el seguimiento de un paciente con insuficiencia renal puede hacerse desde su domicilio mediante videollamada. Este cambio no ha llegado a todos los lugares por igual ni con la misma

profundidad, pero su dirección es clara.

Para la gestión de enfermería, las tecnologías emergentes plantean una doble exigencia. Ofrecen herramientas frente a problemas analizados a lo largo de este libro, como la escasez de profesionales, la sobrecarga, la variabilidad de la práctica y las dificultades de acceso rural, pero introducen riesgos nuevos, como los errores de los algoritmos, la pérdida de la relación humana del cuidado y la vulneración de la privacidad. La pregunta no es si incorporar la tecnología, sino cuál, para qué problema, con qué evidencia y con qué salvaguardas.

La experiencia enseña que la tecnología por sí sola rara vez transforma la atención: un sistema bien diseñado fracasa si no se adapta a los flujos de trabajo o si el personal no participa en su selección. Por ello, el Consejo Internacional de Enfermeras insiste en que las enfermeras intervengan en la planificación, el diseño, la prueba y la implantación de las tecnologías digitales (International Council of Nurses [ICN], 2023).

Este capítulo examina la transformación digital desde la gestión del cuidado, con apoyo en los métodos de investigación del capítulo 28 y en el enfoque de la práctica basada en la evidencia del capítulo 30.

Transformación digital y gestión del cuidado

Concepto y alcance

La transformación digital no equivale a comprar computadoras o instalar un programa, sino a modificar la forma de prestar la atención, de tomar decisiones y de relacionarse con los usuarios.

Conviene distinguir tres niveles: la digitalización, que convierte la información analógica en digital, como el paso del papel a la historia clínica electrónica; la digitalización de procesos, que rediseña flujos de trabajo, como la prescripción electrónica con verificación por código de barras; y la transformación propiamente dicha, que crea nuevos modelos de atención, como la hospitalización domiciliaria con monitorización remota o la planificación de la dotación con modelos predictivos.

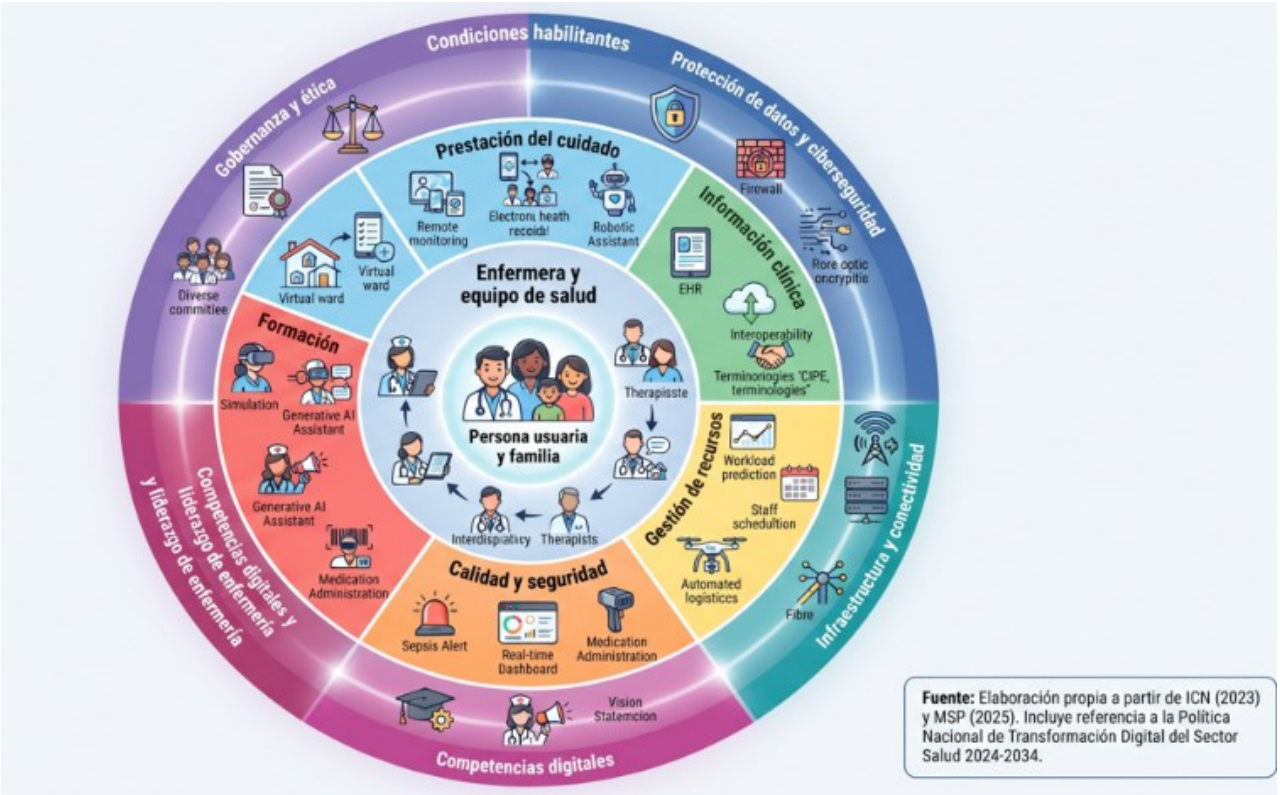


Figura 46. Ecosistema de tecnologías emergentes en la gestión del cuidado

Fuente: Elaboración propia a partir de International Council of Nurses [ICN] (2023), el Ministerio de Salud Pública del Ecuador [MSP] (2025)

Marcos internacionales y política nacional

La Organización Mundial de la Salud prolongó en 2025 su Estrategia Mundial sobre Salud Digital hasta 2027 e inició la elaboración de una nueva estrategia para 2028-2033; para entonces, 129 países contaban con estrategias nacionales de salud digital (World Health Organization [WHO], 2025).

En el campo profesional, la declaración de posición del ICN (2023) recomienda que las enfermeras participen en las decisiones nacionales e institucionales sobre salud digital y en la evaluación de las tecnologías emergentes, que adquieran las competencias necesarias para un cuidado seguro en entornos digitales, que sus líderes dispongan de recursos para conducir la transformación y que las herramientas se apoyen en terminologías estandarizadas, como la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería (CIPE).

En el Ecuador, el Ministerio de Salud Pública aprobó la Política Nacional de Transformación Digital del Sector Salud 2024-2034 mediante el Acuerdo Ministerial 00068-2024, publicada en el

Registro Oficial en enero de 2025 y de cumplimiento obligatorio para todo el Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Salud Pública del Ecuador [MSP], 2025).

Sus herramientas centrales son la telemedicina, la historia clínica única electrónica y los sistemas de información interoperables, y reconoce tanto las brechas de competencias digitales del personal como la necesidad de una gobernanza de los datos de salud.

Esta política ofrece a las jefaturas de enfermería un marco para alinear sus propuestas, como un programa de teleenfermería o la digitalización de registros, con los objetivos nacionales, lo que facilita su priorización y su financiamiento.

Telemedicina y teleenfermería

Modalidades de telesalud

La telesalud comprende diversas modalidades, que se diferencian por la sincronía de la comunicación, el tipo de tecnología y el propósito. La Tabla 29.1 resume las principales y sus aplicaciones en enfermería.

Interpretación de la tabla . La modalidad tecnológica debe corresponder al riesgo clínico y a la necesidad de respuesta. Una consulta sincrónica puede facilitar decisiones inmediatas, mientras que el seguimiento asincrónico permite revisar información diferida; ninguna de las dos opciones reemplaza por sí sola la valoración presencial cuando el estado del paciente la requiere. La elección exige definir previamente quién revisa la información, con qué frecuencia y cómo se activa una derivación.

Tabla 9. Modalidades de telesalud y aplicaciones en la gestión del cuidado

Modalidad	Descripción	Aplicaciones en enfermería	Requisitos de gestión
Teleconsulta sincrónica	Interacción en tiempo real por videollamada o teléfono	Seguimiento posalta, control de enfermedades crónicas, educación para el autocuidado	Agenda, protocolos de atención, espacio privado, registro en la historia clínica
Comunicación asincrónica	Intercambio diferido de mensajes, imágenes o datos	Valoración de heridas con fotografía, consultas de adherencia, envío de material educativo	Tiempos de respuesta definidos, criterios de derivación, resguardo de datos
Monitorización remota	Transmisión de datos fisiológicos desde el domicilio	Insuficiencia cardiaca, hipertensión, diabetes, EPOC, posoperatorio	Umbrales de alerta, responsable de la vigilancia,

Modalidad	Descripción	Aplicaciones en enfermería	Requisitos de gestión
			plan de respuesta, dispositivos
Salas virtuales y hospitalización domiciliaria	Atención de nivel hospitalario en el domicilio con monitorización y visitas	Reagudizaciones de enfermedades crónicas, alta temprana	Equipo multidisciplinario, criterios de inclusión, coordinación con el hospital
Enfermería virtual hospitalaria	Enfermera remota que apoya a la enfermera presencial	Admisiones, altas, educación, vigilancia, mentoría de personal novel	Definición de roles, flujos de comunicación, evaluación de la carga de trabajo
Teleeducación y teleinterconsulta	Formación y consulta entre profesionales a distancia	Capacitación del personal, interconsulta con especialistas en heridas o estomas	Plataformas, programación, acreditación de la formación

Fuente: Elaboración propia a partir de Mun et al. (2024), Shi et al. (2024) e ICN (2023).

Evidencia sobre resultados

La evidencia sobre la teleenfermería ha crecido de forma notable, aunque es heterogénea. Una revisión sistemática con metaanálisis la consolidó como un campo propio de intervención en la atención domiciliaria, desde las llamadas estructuradas hasta la monitorización remota (Mun et al., 2024), y una revisión de alcance en pacientes con insuficiencia renal crónica la consideró prometedora para apoyar la adherencia y el autocuidado (Biancamano et al., 2024).

En la atención de nivel hospitalario en el domicilio, una revisión sistemática con 69 estudios, 38 de ellos aleatorizados, encontró que la mayoría de los modelos, de baja o alta tecnología, mostraron un riesgo de reingreso similar o menor que la hospitalización convencional, con certeza baja y evidencia incierta sobre la mortalidad (Shi et al., 2024). La lección para la gestión es que la tecnología avanzada no garantiza mejores resultados que modelos sencillos bien organizados.

En el Ecuador, un estudio piloto de 2025 con 150 pacientes en hemodiálisis de la costa encontró que el 75 % tenía acceso a internet y el 82,33 % refirió buena satisfacción con el programa de telesalud (Bedoya Paucar et al., 2026). Aunque sin grupo de comparación, ilustra la factibilidad de estos programas y la importancia de considerar la conectividad, menor en las zonas rurales.

Organización de un servicio de teleenfermería

La puesta en marcha de un servicio de teleenfermería exige las mismas decisiones de gestión que cualquier servicio presencial, más algunas propias de la modalidad a distancia. Entre las principales

se encuentran las siguientes:

• Definición de la población y de los criterios de inclusión. No todos los pacientes se benefician igual de la atención a distancia. Deben considerarse la condición clínica, la estabilidad, la disponibilidad de un cuidador, el acceso a dispositivos y a conectividad, y la alfabetización digital.

• Protocolos de atención. Cada modalidad requiere un protocolo que establezca la estructura de la interacción, los parámetros que se valorarán, los umbrales de alerta, los criterios de derivación a la atención presencial o de urgencia y el contenido educativo. Los protocolos deben integrarse con los descritos en el capítulo 23.

• Dotación y carga de trabajo. La teleenfermería consume tiempo profesional que debe planificarse. El tiempo de cada teleconsulta, la vigilancia de las alertas de monitorización y la documentación deben incorporarse en el cálculo de la dotación. Las experiencias de enfermería virtual hospitalaria muestran que, si los roles no se definen con claridad, la tecnología puede añadir tareas en lugar de reducirlas.

• Registro y continuidad. Toda interacción a distancia debe registrarse en la historia clínica con el mismo rigor que la atención presencial, incluido el consentimiento del paciente para la modalidad.

• Privacidad y seguridad. Las plataformas deben garantizar la confidencialidad de la comunicación y el resguardo de los datos, conforme a la normativa nacional que se analiza en el apartado 29.5.

• Equidad. El servicio debe ofrecer alternativas a las personas sin acceso a la tecnología, como el teléfono convencional o la visita domiciliaria, para no ampliar las brechas existentes.

Inteligencia artificial en la gestión del cuidado

Tipos de IA y aplicaciones

La inteligencia artificial agrupa técnicas muy diversas. En la gestión del cuidado interesan, sobre todo, tres familias: el aprendizaje automático, que permite construir modelos predictivos a partir de datos históricos; el procesamiento del lenguaje natural, que permite extraer información de textos clínicos o transcribir conversaciones; y la IA generativa, que produce textos, resúmenes o imágenes a partir de instrucciones.

Una revisión de alcance sobre la IA en la organización del cuidado de enfermería agrupó las herramientas en monitorización y predicción, apoyo a la decisión y tecnologías de comunicación, con beneficios en eficiencia, apoyo clínico, reducción de la carga y formación (Ventura-Silva et al., 2024); otra revisión sistemática examinó su impacto en la planificación de recursos y la asignación de tareas (Gonzalez-Garcia et al., 2024).

En el Ecuador, una revisión nacional subrayó la necesidad de formación del personal y las barreras de los establecimientos pequeños o rurales, y advirtió que pocos estudios procedían de América Latina (Jaramillo Verduga y Alarcón Dalgo, 2024).

La Tabla 10 resume las aplicaciones más relevantes para la gestión del cuidado y el grado de madurez de la evidencia.

Las aplicaciones de inteligencia artificial deben diferenciarse según la tarea que apoyan y el grado de supervisión requerido. En gestión del cuidado, su utilización no sustituye el juicio profesional ni elimina la necesidad de verificar calidad de los datos, sesgos y consecuencias para los pacientes.

Tabla 10. Aplicaciones de la inteligencia artificial en la gestión del cuidado

Área	Aplicación	Ejemplo	Estado de la evidencia
Planificación de recursos	Predicción de la carga de trabajo y de la demanda	Pronóstico de la carga por turno con 72 horas de antelación	Estudios metodológicos; faltan ensayos en la práctica real
Programación del personal	Optimización de turnos y asignaciones	Algoritmos que combinan necesidades, competencias y preferencias	Experiencias aisladas; poca evaluación independiente
Vigilancia clínica	Alertas tempranas de deterioro o sepsis	Alerta dirigida a enfermería integrada en la historia clínica	Estudios cuasiexperimentales con resultados favorables
Apoyo a la decisión	Recomendaciones de valoración, prevención y cuidado	Predicción del riesgo de caídas o de lesiones por presión	Evidencia variable según la herramienta
Documentación	Transcripción y resumen automáticos	Asistentes que generan notas a partir de la conversación	Evaluación inicial; se requieren estudios en enfermería
Educación	Simulación y tutoría con IA generativa	Casos clínicos simulados, retroalimentación	Uso extendido, evidencia sobre resultados limitada
Gestión de la calidad	Análisis de incidentes y quejas	Clasificación automática de notificaciones de eventos	Experiencias emergentes

Fuente: Elaboración propia a partir de Ventura-Silva et al. (2024), Gonzalez-García et al. (2024), McMahon et al. (2025), Boussina et al. (2024) y Zhou et al. (2024).

Predicción de la carga de trabajo y planificación de la dotación

La planificación de la dotación, desarrollada en capítulos anteriores, se basa habitualmente en

promedios históricos o en la clasificación de los pacientes por nivel de dependencia al inicio del turno. El aprendizaje automático permite ir un paso más allá: anticipar la carga de trabajo con suficiente antelación para ajustar la dotación antes de que la sobrecarga ocurra.

Un estudio metodológico del Hospital Universitario de Zúrich, con datos de 28 930 pacientes y unos 11,2 millones de actividades de enfermería en ocho unidades, desarrolló modelos para predecir la carga de trabajo con 72 horas de antelación, turno por turno.

El mejor modelo redujo el error absoluto medio en un 25 % respecto de la predicción de referencia, con errores graves muy poco frecuentes; los autores reconocieron que la carga registrada puede no coincidir con la real y recomendaron ensayos controlados antes de su uso clínico (McMahon et al., 2025).

La enseñanza para la gestión es doble: la calidad de la predicción depende de la calidad de los registros, y un modelo predictivo no decide por sí mismo, sino que ofrece información que la jefatura interpreta junto con su conocimiento del servicio y del equipo.

Alertas tempranas y apoyo a la decisión

Las enfermeras son, con frecuencia, las primeras en detectar el deterioro de un paciente, y los sistemas de alerta temprana basados en IA buscan reforzar esa capacidad.

El modelo de aprendizaje profundo COMPOSER, implantado en dos servicios de emergencia de la Universidad de California en San Diego, dirigía la alerta a las enfermeras al abrir la historia del paciente; en un estudio cuasiexperimental con 6217 pacientes con sepsis, se asoció con una reducción relativa del 17 % en la mortalidad hospitalaria y con un mejor cumplimiento del paquete de medidas de la sepsis (Boussina et al., 2024).

Estos resultados son alentadores, pero su diseño no permite afirmar con certeza que el modelo haya sido la causa de los cambios. Además, toda alerta tiene un costo: si su precisión es baja o si se suma a otras muchas, contribuye a la fatiga de alarmas, un fenómeno por el cual el personal deja de responder a las señales por su exceso.

La gestión de enfermería debe exigir que cualquier sistema de alerta se evalúe en el contexto local, que se defina con claridad quién responde y cómo, y que se vigile su efecto sobre la carga de trabajo.

IA generativa y documentación

La documentación consume una parte considerable del tiempo de enfermería, y los modelos de lenguaje de gran tamaño permiten generar borradores de notas, resumir historias, traducir

materiales educativos o transcribir conversaciones. La OMS identificó entre sus áreas de aplicación las tareas administrativas, como la documentación, y la formación de profesionales mediante la simulación de encuentros con pacientes (WHO, 2024).

En enfermería, una revisión de alcance sobre ChatGPT con 30 publicaciones encontró usos sobre todo en la educación y recomendó evaluar primero la exactitud, la seguridad y la privacidad (Zhou et al., 2024). Un modelo generativo puede producir textos plausibles pero incorrectos, y la responsabilidad por un registro clínico sigue siendo de quien lo firma; su uso exige normas institucionales sobre las herramientas autorizadas, los datos que pueden introducirse y la verificación de su producto.

Percepciones del personal de enfermería

La adopción de la IA depende también de cómo la perciben quienes deben usarla. En un estudio cualitativo con 25 enfermeras de Estambul, las participantes reconocían oportunidades, como menos carga de trabajo y más tiempo para el cuidado relacional, pero temían la pérdida de empleos y de habilidades, la deshumanización del cuidado, la responsabilidad poco clara ante los errores y la vigilancia del personal (Bodur et al., 2025).

La resistencia del personal debe leerse como información sobre riesgos reales que la organización debe atender, y no como un obstáculo que se vence con imposición.

Automatización y robótica

La automatización delega en sistemas técnicos tareas repetitivas, estandarizables o de alto riesgo de error. En lo asistencial incluye la dispensación automatizada de medicamentos, las bombas de infusión inteligentes, la verificación por código de barras y la transcripción automática de signos vitales; en lo administrativo, programas que generan reportes de indicadores, concilian inventarios o envían recordatorios.

La robótica, desde los robots logísticos hasta los de apoyo a la movilización, tiene todavía una difusión limitada y un costo elevado en América Latina, por lo que en el Ecuador las oportunidades más inmediatas están en la automatización administrativa y en la integración de dispositivos con la historia clínica.

El criterio de gestión es automatizar aquello que no requiere juicio profesional para liberar tiempo destinado a lo que sí lo requiere, como la transcripción duplicada de datos, la búsqueda de insumos o la elaboración manual de reportes. Como los sistemas pueden fallar o crear una falsa sensación de seguridad, cada uno debe contar con procedimientos de contingencia y con verificación humana

en los puntos críticos.

Gobernanza, ética y seguridad de la información

Riesgos de las tecnologías emergentes

La OMS, en su guía sobre la ética y la gobernanza de los modelos multimodales de gran tamaño, identificó riesgos como la información falsa o sesgada, el entrenamiento con datos poco representativos, el acceso desigual, el sesgo de automatización y las vulnerabilidades de ciberseguridad, y recomendó desarrollar sistemas para tareas bien definidas y realizar auditorías independientes tras su puesta en uso (WHO, 2024). La Tabla 29.3 sintetiza los principales riesgos y los controles que corresponden a la gestión de enfermería.

Interpretación de la tabla . Los controles de adopción tecnológica tienen que planificarse antes de poner en marcha la herramienta. Evaluar privacidad, sesgo, continuidad operativa y competencias del personal solo después de un incidente vuelve reactiva la gestión. Un análisis previo de riesgos permite asignar responsables, establecer mecanismos de supervisión y definir cuándo debe suspenderse o revisarse el uso de una solución.

Tabla 11. Riesgos de las tecnologías emergentes y controles de gestión

Riesgo	Descripción	Controles de gestión
Errores del algoritmo	Predicciones o recomendaciones incorrectas	Validación local antes del uso, vigilancia del desempeño, notificación de errores
Sesgo algorítmico	Menor precisión en grupos poco representados en los datos	Exigir información sobre los datos de entrenamiento, evaluar el desempeño por subgrupos
Sesgo de automatización	Aceptación acrítica de las recomendaciones	Formación, mantener el juicio clínico como decisión final, auditorías de casos
Fatiga de alarmas	Exceso de alertas que se ignoran	Ajustar umbrales, priorizar alertas, medir la tasa de respuesta
Vulneración de la privacidad	Acceso o uso indebido de datos personales	Cumplimiento de la normativa de protección de datos, control de accesos, acuerdos con proveedores
Ciberataques	Interrupción de sistemas o secuestro de datos	Planes de contingencia, respaldo, simulacros de operación sin sistemas

Riesgo	Descripción	Controles de gestión
Deshumanización	Sustitución de la relación de cuidado por la tecnología	Definir qué tareas no se delegan, evaluar la experiencia del paciente
Inequidad	Exclusión de quienes no tienen acceso o habilidades digitales	Alternativas no digitales, apoyo a la alfabetización digital
Responsabilidad difusa	Falta de claridad sobre quién responde por un error	Normas institucionales, registro de la intervención humana, cláusulas contractuales

Fuente: Elaboración propia a partir de WHO (2024), Bodur et al. (2025) y van Boven et al. (2024).

Marco normativo

La Unión Europea aprobó en 2024 el Reglamento de Inteligencia Artificial, que clasifica los sistemas según su riesgo e impone a los de alto riesgo, entre ellos los integrados en productos sanitarios, obligaciones de gestión de riesgos, calidad de los datos, transparencia y supervisión humana (Reglamento [UE] 2024/1689, 2024). Aunque no rige en el Ecuador, orienta las exigencias que las instituciones pueden plantear a los proveedores.

En el Ecuador, el marco más directamente aplicable es la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, vigente desde 2021, que considera sensibles los datos de salud, y su Reglamento General de 2023 (Presidencia de la República del Ecuador, 2023). Toda tecnología que procese datos de pacientes, desde una aplicación de mensajería hasta un modelo de IA, debe cumplir los principios de licitud, finalidad, minimización y seguridad; el uso frecuente de aplicaciones personales para enviar fotografías de heridas o resultados debe sustituirse por canales institucionales seguros.

El papel de la gestión de enfermería en la adopción tecnológica

Liderazgo digital

La adopción de tecnologías requiere un liderazgo que combine el conocimiento del cuidado con la comprensión de las posibilidades y los límites de la tecnología. En un estudio cualitativo con 32 gestoras de enfermería españolas, la tecnología se valoró como motor de innovación y de comunicación, con beneficios como el ahorro de tiempo y la reducción de errores, frente a barreras como las carencias de habilidades y de equipamiento y la elevada carga asistencial (Navarro Martínez y Leyva Moral, 2024).

El liderazgo digital supone identificar los problemas que la tecnología puede ayudar a resolver,

participar en la selección de las soluciones, traducir las necesidades del cuidado al lenguaje de los equipos técnicos, promover la formación y vigilar los efectos no deseados. Exige que las jefaturas desarrollen competencias en informática de enfermería y evaluación de tecnologías, y que las instituciones incorporen a enfermería en sus comités de salud digital (ICN, 2023).

Hoja de ruta para la adopción

La adopción de una tecnología en un servicio de enfermería puede organizarse en seis etapas, que siguen la lógica del ciclo de mejora continua (capítulo 27) y de la investigación de implementación (capítulo 28):

1. Identificación del problema. Partir de un problema concreto del servicio, documentado con indicadores, y no de la disponibilidad de una tecnología. La pregunta inicial debe ser qué se quiere mejorar y no qué se quiere comprar.
2. Revisión de la evidencia y de las alternativas. Buscar estudios sobre la tecnología considerada y sobre alternativas más sencillas. Como se vio en la revisión sobre las salas virtuales, los modelos de baja tecnología pueden lograr resultados comparables (Shi et al., 2024).
3. Análisis de la factibilidad. Valorar la infraestructura, la conectividad, la interoperabilidad con los sistemas existentes, el costo total de propiedad, los requisitos normativos y las competencias del personal.
4. Prueba piloto. Implantar la tecnología en una unidad, con participación del personal en el diseño de los flujos de trabajo, formación previa y un plan de evaluación definido de antemano.
5. Evaluación. Medir los resultados con indicadores de proceso, de resultado y de efectos no deseados, y recoger la experiencia de pacientes y profesionales.
6. Escalamiento o retirada. Extender la tecnología a otras unidades si los resultados lo justifican, con los ajustes necesarios, o retirarla si no aporta valor. Retirar una tecnología que no funciona es también una decisión de buena gestión.

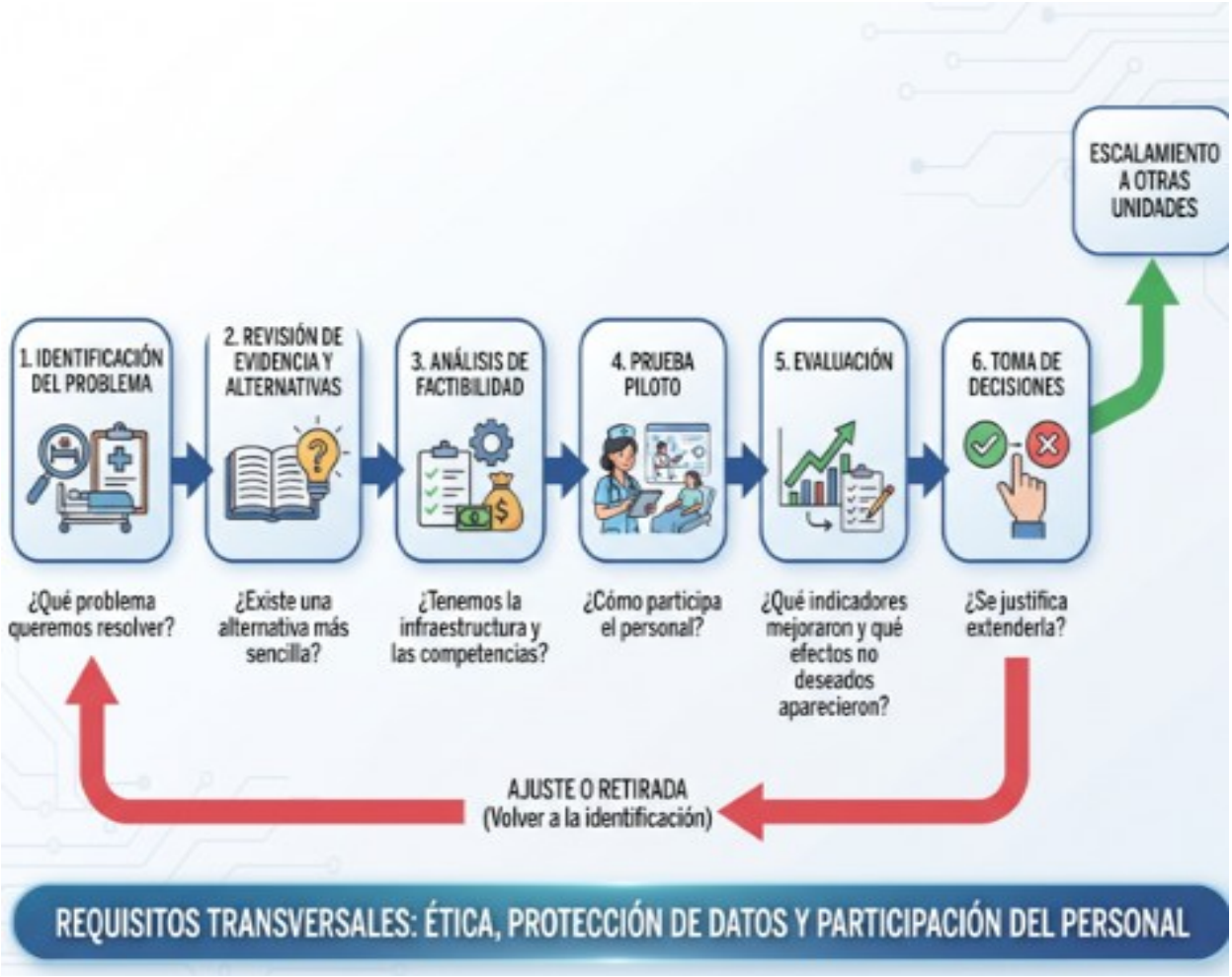


Figura 47. Hoja de ruta para la adopción de una tecnología en un servicio de enfermería

Fuente: Elaboración propia.

Evaluación e indicadores

Toda tecnología debe evaluarse con indicadores definidos antes de su implantación. La Tabla 29.4 propone un conjunto de indicadores organizados en cuatro dimensiones.

Tabla 12. Indicadores para evaluar una tecnología en un servicio de enfermería

Dimensión	Indicador	Ejemplo de cálculo
Adopción	Tasa de uso	Número de pacientes atendidos con la tecnología / pacientes elegibles × 100
Adopción	Personal formado	Profesionales capacitados / total del personal del servicio × 100
Resultados del paciente	Reingresos	Reingresos a 30 días en pacientes con seguimiento a distancia / total de pacientes seguidos × 100
Resultados del paciente	Eventos adversos	Comparación de la tasa de eventos antes y después de la implantación
Resultados del paciente	Satisfacción	Porcentaje de pacientes satisfechos con la atención a distancia
Eficiencia y trabajo	Tiempo de documentación	Minutos de documentación por turno antes y después
Eficiencia y trabajo	Carga percibida	Puntuación del personal en una escala de carga de trabajo
Seguridad del sistema	Desempeño del algoritmo	Sensibilidad, valor predictivo positivo y tasa de falsas alarmas en el contexto local
Seguridad del sistema	Incidentes tecnológicos	Número de fallos, interrupciones o errores atribuibles al sistema por mes

Fuente: Elaboración propia. Los indicadores deben adaptarse a la tecnología evaluada y compararse con una línea de base.

La evaluación debe incluir también los efectos no buscados, como un programa de enfermería virtual que mejora la satisfacción pero aumenta la carga de la enfermera presencial, o un sistema de alertas que reduce la mortalidad pero genera fatiga de alarmas. La investigación aplicada del capítulo 28, con diseños como las series temporales interrumpidas o los estudios híbridos, ofrece las herramientas para esta evaluación.

Síntesis

La transformación digital en salud no consiste en incorporar equipos, sino en rediseñar los procesos y los modelos de atención a partir de las tecnologías digitales.

La OMS prolongó su Estrategia Mundial sobre Salud Digital hasta 2027, el ICN ha llamado a las enfermeras a participar en la planificación, el diseño y la evaluación de las tecnologías, y el Ecuador cuenta desde 2025 con la Política Nacional de Transformación Digital del Sector Salud 2024-2034, que prioriza la telemedicina, la historia clínica única electrónica, la interoperabilidad y la formación del talento humano.

La telesalud comprende la teleconsulta, la comunicación asincrónica, la monitorización remota, las salas virtuales, la enfermería virtual y la teleeducación; la atención domiciliaria de nivel hospitalario logra reingresos similares o menores que la hospitalización convencional, sin ventaja clara de los modelos de alta tecnología.

La inteligencia artificial ofrece aplicaciones en la predicción de la carga, las alertas tempranas, la documentación y la educación, con evidencia todavía desigual y riesgos, como los sesgos, la fatiga de alarmas, la vulneración de la privacidad y la deshumanización, que exigen controles específicos y el cumplimiento de la normativa de protección de datos.

La gestión de enfermería, mediante el liderazgo digital, una hoja de ruta que parta de los problemas y una evaluación rigurosa con indicadores, es la responsable de que la innovación se traduzca en un cuidado más seguro, eficiente, equitativo y humano.

Actividades para estudiantes

Actividad 1. Diseño de un programa de teleenfermería para un servicio de la zona norte del Ecuador

Objetivo. Diseñar un programa de teleenfermería para una población concreta, con sus componentes de gestión, su protocolo y su plan de evaluación.

Desarrollo.

1. En grupos de cuatro estudiantes, seleccionar una población que podría beneficiarse del seguimiento a distancia en un establecimiento de la provincia del Carchi, por ejemplo, pacientes con hipertensión arterial en zonas rurales, puérperas dadas de alta o personas con heridas crónicas.
2. Caracterizar a la población seleccionada, incluidos su acceso a dispositivos y a conectividad, y la disponibilidad de cuidadores.
3. Elegir la modalidad o las modalidades más adecuadas con base en la Tabla 29.1 y justificar la elección con al menos dos estudios publicados entre 2023 y 2026.
4. Elaborar el protocolo de atención con criterios de inclusión y exclusión, estructura de la interacción, parámetros que se valorarán, umbrales de alerta, criterios de derivación y contenido

educativo.

5. Estimar el tiempo de enfermería requerido y la forma de incorporarlo en la dotación del servicio.

6. Definir las medidas de protección de los datos personales conforme a la normativa ecuatoriana y las alternativas para pacientes sin acceso a la tecnología.

7. Seleccionar cinco indicadores de la Tabla 29.4 y definir su línea de base y su meta.

Producto. Documento de cinco a seis páginas con el diseño del programa, con referencias en formato APA 7, y una presentación de diez minutos.

Actividad 2. Evaluación crítica de una herramienta de inteligencia artificial para la gestión del cuidado

Objetivo. Valorar una herramienta de inteligencia artificial propuesta para un servicio de enfermería en función de su evidencia, sus riesgos y las condiciones para su adopción.

Desarrollo.

1. En parejas, seleccionar una herramienta de IA aplicable a la gestión del cuidado, como un sistema de alerta temprana de deterioro, un modelo de predicción de la carga de trabajo, un asistente de documentación o un modelo de lenguaje para la educación de pacientes.

2. Buscar y resumir la evidencia disponible sobre la herramienta o sobre herramientas similares, identificando el diseño de los estudios y sus limitaciones.

3. Analizar los riesgos de la herramienta con base en la Tabla 29.3 y proponer al menos un control de gestión para cada riesgo identificado.

4. Redactar una propuesta de norma institucional breve para su uso, que precise quién puede utilizarla, para qué tareas, qué datos pueden introducirse, cómo se verifica su producto y quién responde por las decisiones.

5. Debatir en clase si la herramienta debería implantarse en un hospital general de la zona norte del Ecuador y en qué condiciones.

Producto. Informe de tres a cuatro páginas con la evaluación y la propuesta de norma, y participación en un debate estructurado con todo el grupo.

CAPÍTULO 23. ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA COMO SUSTENTO DE LA TOMA DE DECISIONES ADMINISTRATIVAS

Innovación, investigación y telemedicina en gestión de enfermería

Competencias

1. Explicar el concepto de enfermería basada en la evidencia y su extensión a la gestión basada en la evidencia, con sus cuatro fuentes de información.
2. Formular preguntas administrativas estructuradas y aplicar las etapas del proceso de toma de decisiones basadas en la evidencia.
3. Valorar críticamente la calidad y la aplicabilidad de la evidencia para decisiones de gestión, incluidos los aportes de las revisiones sistemáticas y rápidas.
4. Utilizar un modelo de práctica basada en la evidencia para planificar un cambio en un servicio de enfermería.
5. Fundamentar decisiones administrativas sobre dotación, organización del cuidado, entorno de trabajo, calidad y uso de recursos con evidencia reciente.
6. Proponer estrategias de liderazgo y de organización para desarrollar una cultura de la evidencia en los servicios de enfermería del Ecuador.

Introducción

En una reunión de jefaturas de un hospital general se discute si conviene reemplazar dos plazas de enfermeras profesionales que han quedado vacantes por cuatro auxiliares de enfermería, con el mismo presupuesto. El argumento a favor parece razonable: más manos para atender a los pacientes.

Una de las jefas pide la palabra y cita estudios longitudinales con millones de turnos analizados en hospitales ingleses, que encontraron que la mortalidad aumentaba cuando faltaban enfermeras profesionales y que la incorporación de personal auxiliar no compensaba ese efecto (Saville et al., 2025; Zaranko et al., 2023). La decisión cambia de rumbo. Esta escena, que se repite con distintas

variantes en muchos hospitales, resume el propósito de este capítulo: mostrar cómo la evidencia puede y debe sustentar las decisiones administrativas de enfermería.

La práctica basada en la evidencia es hoy un principio aceptado en el cuidado clínico. Las decisiones de gestión, que afectan a la vez a muchos pacientes y profesionales, se toman todavía con frecuencia a partir de la costumbre, la imitación de otras instituciones o la opinión de quien tiene más autoridad, y entre las barreras para usar la evidencia figuran la preferencia por la intuición y la resistencia a cambiar los hábitos de decisión (Sanaeifar et al., 2025).

El capítulo 28 abordó la producción de nuevo conocimiento; este trata del otro lado del mismo proceso: el uso del conocimiento disponible para decidir en los servicios de enfermería del Ecuador.

De la práctica clínica basada en la evidencia a la gestión basada en la evidencia

Concepto y evolución

La práctica basada en la evidencia surgió en la medicina a comienzos de la década de 1990 y se extendió con rapidez a la enfermería y a otras disciplinas. En su formulación más difundida, consiste en integrar tres elementos en cada decisión: la mejor evidencia científica disponible, la experiencia clínica del profesional y las preferencias y valores del paciente, dentro de un contexto con recursos determinados. Este enfoque no sustituye el juicio profesional, sino que le proporciona un fundamento explícito y verificable.

La gestión basada en la evidencia traslada esta lógica a las decisiones sobre la organización de los servicios, la dotación, los modelos de cuidado, la formación o la adquisición de tecnologías. Una revisión de alcance identificó ocho dominios de competencia para ejercerla, entre ellos el liderazgo, la comunicación, la gestión de la información y el uso de la evidencia (Sanaeifar et al., 2025), lo que indica que no es una técnica aislada, sino una forma de ejercer la dirección.

Las cuatro fuentes de evidencia en la gestión

A diferencia de la práctica clínica, en la que la investigación científica ocupa un lugar central, en la gestión la evidencia procede de cuatro fuentes complementarias, que se resumen en la Tabla 13.

Tabla 13. Fuentes de evidencia para la toma de decisiones administrativas en enfermería

Fuente	Qué aporta	Ejemplos en enfermería	Precauciones
Evidencia científica	Conocimiento generalizable sobre causas y efectos de las decisiones	Estudios sobre dotación y mortalidad, revisiones sobre auditoría y retroalimentación	Valorar su calidad y su aplicabilidad al contexto local
Evidencia organizacional	Descripción de la situación local, sus tendencias y su magnitud	Indicadores de calidad, ausentismo, rotación, incidentes, quejas, encuestas	Calidad de los registros, sesgos de notificación, tamaño de las muestras
Experiencia profesional	Conocimiento práctico acumulado sobre lo que funciona en el contexto	Juicio de las jefaturas y del personal sobre la factibilidad de un cambio	Sesgos cognitivos, generalización de casos aislados
Valores de los interesados	Preferencias, expectativas y preocupaciones de quienes se verán afectados	Opinión de pacientes, familias, personal, dirección y comunidad	Representatividad de las voces consultadas, conflictos de intereses

Fuente: Elaboración propia a partir de Sanaeifar et al. (2025) y Bissett et al. (2025).

Ninguna fuente es suficiente por sí sola. La investigación puede demostrar que una intervención es eficaz en otros hospitales, pero solo los datos locales dirán si el problema existe en el propio servicio y cuál es su magnitud. La experiencia de las jefaturas permite anticipar las dificultades de la implantación, y la consulta con el personal y los usuarios revela si la solución es aceptable. La decisión de buena calidad es la que integra estas fuentes de forma explícita.



Figura 48. Las cuatro fuentes de evidencia en la toma de decisiones administrativas

Fuente: Elaboración propia a partir de Sanaeifar et al. (2025).

Particularidades de las decisiones administrativas

Las decisiones de gestión presentan rasgos que dificultan la aplicación directa de la evidencia: la investigación sobre intervenciones organizativas es menos abundante y de menor certeza que la clínica; sus efectos dependen mucho del contexto; están condicionadas por restricciones presupuestarias, normativas y políticas; y a menudo deben tomarse con rapidez. Estas particularidades no invalidan el enfoque, sino que obligan a explicitar la calidad de la evidencia, combinarla con la información local y evaluar el resultado para corregir la decisión si es necesario.

El proceso de toma de decisiones basadas en la evidencia

El proceso puede organizarse en cinco etapas, que se describen a continuación y que guardan correspondencia con los modelos que se presentan en el apartado 30.3.

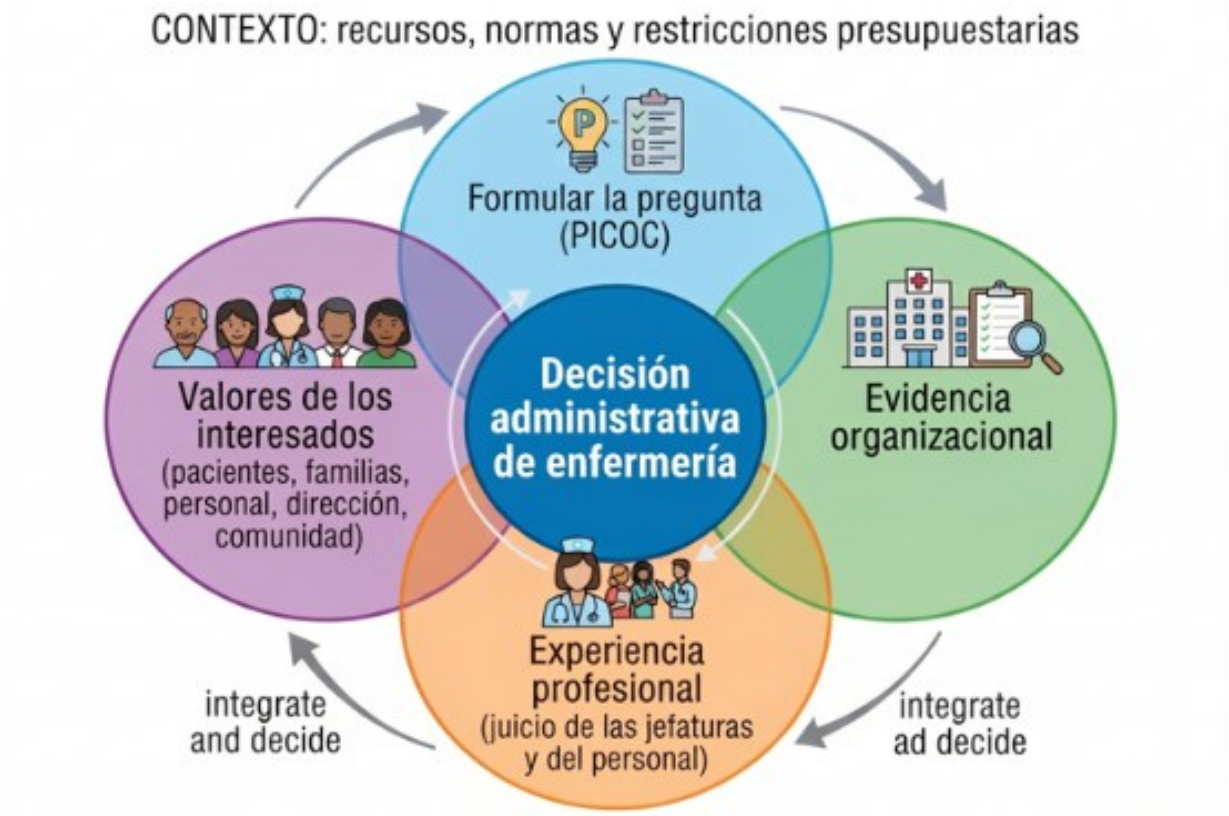


Figura 49. El proceso de toma de decisiones basadas en la evidencia en la gestión de enfermería

Fuente: Elaboración propia a partir de Bissett et al. (2025).

Formular la pregunta

Todo proceso comienza con un problema que se transforma en una pregunta precisa. En la práctica clínica se utiliza el formato PICO (población, intervención, comparación y resultado). Para las preguntas de gestión es útil añadir el contexto, con el formato PICOC, porque el entorno organizativo condiciona los resultados. La Tabla 30.2 ofrece ejemplos.

Tabla 14. Ejemplos de preguntas administrativas estructuradas en formato PICOC

Problema de gestión	**Población**	**Intervención**	**Comparación**	**Resultados**	**Contexto**
Sustitución de personal profesional	Pacientes hospitalizados	Mayor proporción de enfermeras profesionales	Mayor proporción de auxiliares	Mortalidad, eventos adversos, costos	Hospitales generales
Rotación del personal	Enfermeras de unidades de hospitalización	Programa de mejora del entorno de trabajo	Organización habitual	Intención de abandono, agotamiento	Hospitales públicos

Problema de gestión	Población	Intervención	Comparación	Resultados	Contexto
Variabilidad en la práctica	Profesionales de enfermería	Auditoría con retroalimentación	Sin retroalimentación	Cumplimiento de protocolos	Servicios de hospitalización
Estancias prolongadas	Pacientes con procesos frecuentes	Vías clínicas	Atención habitual	Estancia, complicaciones, costos	Atención especializada
Pruebas innecesarias	Pacientes hospitalizados estables	Retiro de controles rutinarios sin indicación	Práctica habitual	Carga de trabajo, eventos adversos	Unidades de medicina interna

Fuente: Elaboración propia.

Una pregunta bien formulada delimita la búsqueda, orienta la valoración de los estudios y hace explícito qué resultados se consideran importantes. Conviene involucrar en su formulación a quienes tomarán la decisión y a quienes se verán afectados por ella, como recomiendan las guías metodológicas de las revisiones rápidas (Garritty et al., 2024).

Buscar la evidencia

La búsqueda debe empezar por las fuentes de mayor nivel de síntesis, como las revisiones Cochrane y las guías basadas en ellas, y continuar, si no existen, con estudios primarios en PubMed, CINAHL, Scopus, LILACS o SciELO y con literatura gris, como informes de organismos internacionales y normas técnicas. En paralelo, debe reunirse la evidencia organizacional del servicio. El apoyo de un bibliotecario mejora la calidad de las búsquedas y es un recurso que las universidades pueden ofrecer a los servicios de salud.

Valorar críticamente

La valoración crítica responde a tres preguntas: ¿son válidos los resultados?, ¿cuáles son y qué magnitud tienen?, ¿son aplicables a nuestro contexto? Para ello existen listas de verificación específicas según el diseño del estudio, como las del Instituto Joanna Briggs o las del programa CASP.

En la gestión interesa en particular la certeza del conjunto de la evidencia. El sistema GRADE clasifica esta certeza en alta, moderada, baja o muy baja, en función del diseño de los estudios, el

riesgo de sesgo, la inconsistencia, la imprecisión, la evidencia indirecta y el sesgo de publicación. Los ejemplos del apartado 30.4 ilustran que muchas conclusiones relevantes para la gestión se apoyan en evidencia de certeza baja o moderada, lo que no impide decidir, pero sí obliga a hacerlo con prudencia y a evaluar los resultados.

Cuando no hay tiempo para una revisión sistemática completa, las revisiones rápidas ofrecen una alternativa. Las 24 recomendaciones actualizadas en 2024 por el Grupo de Métodos de Revisiones Rápidas de Cochrane, como involucrar a los usuarios del conocimiento en la pregunta, contar con un especialista en información y describir con transparencia las simplificaciones, ofrecen a una jefatura un estándar razonable para preparar en pocas semanas un informe que sustente una decisión (Garritty et al., 2024).

Integrar y decidir

La etapa de decisión integra las cuatro fuentes de evidencia. Para hacerlo de forma ordenada es útil plantear preguntas como las siguientes: ¿cuál es la magnitud del problema en el servicio?, ¿qué dice la evidencia sobre las alternativas y con qué certeza?, ¿cuáles son los beneficios y los riesgos de cada una?, ¿qué recursos requieren?, ¿son aceptables para el personal y los usuarios?, ¿son factibles en nuestro contexto?, ¿qué efecto tendrán sobre la equidad?

Este conjunto de criterios corresponde a los marcos de "evidencia a la decisión" desarrollados por el grupo GRADE para las decisiones de los sistemas de salud.

Es importante documentar el razonamiento. Un informe breve que recoja la pregunta, la evidencia encontrada, su certeza, los datos locales, las alternativas consideradas y los motivos de la decisión facilita la rendición de cuentas, la revisión posterior y el aprendizaje institucional.

30.2.5 Aplicar y evaluar

La aplicación de una decisión requiere planificación: definición de responsables, cronograma, formación, recursos, comunicación al personal y, cuando corresponde, prueba piloto. La evaluación cierra el ciclo y debe planificarse desde el inicio, con indicadores de proceso y de resultado y una línea de base. Este último paso conecta la gestión basada en la evidencia con el ciclo de mejora continua (capítulo 27) y con la investigación aplicada (capítulo 28): si la evaluación muestra resultados distintos de los esperados, se generan nuevas preguntas que reinician el proceso.

Modelos de práctica basada en la evidencia

Diversos modelos orientan la práctica basada en la evidencia en las organizaciones de enfermería.

El de Johns Hopkins, cuya quinta edición se publicó en 2025, organiza el proceso en tres fases: la pregunta de práctica, en la que se define el problema y se designa un líder; la evidencia, en la que se busca, valora y sintetiza la información científica y no científica; y la traslación, en la que se decide si la evidencia justifica un cambio, se implanta, se evalúa y se difunde lo aprendido (Bissett et al., 2025).

Otros modelos, como el de Iowa o el de la estrella de Stevens, comparten esta estructura con distinto énfasis.

Para la gestión de enfermería, la elección de un modelo concreto es menos importante que su adopción institucional. Un modelo común ofrece un lenguaje compartido, permite formar al personal con un mismo método, facilita la comparación entre proyectos y hace visible el proceso ante la dirección. El departamento de enfermería puede adoptar uno de ellos, adaptar sus formularios y vincularlo con los comités de calidad y de investigación de la institución.

La evidencia aplicada a las decisiones de gestión

Este apartado ilustra, con evidencia reciente, cómo la investigación puede sustentar decisiones administrativas en cuatro áreas tratadas a lo largo del libro. La Tabla 30.3 resume los ejemplos.

Tabla 15. Ejemplos de evidencia reciente aplicable a decisiones administrativas de enfermería

Decisión	Evidencia	Hallazgo principal	Implicación para la gestión
Dotación de enfermeras profesionales	Estudios longitudinales en hospitales ingleses	La falta de enfermeras profesionales se asocia con mayor mortalidad; el personal auxiliar no la compensa	Proteger la dotación profesional y evitar sustituciones
Inversión en dotación	Evaluación económica	Eliminar la escasez de personal se asocia con menos muertes y puede ser costo-efectivo	Presentar la dotación como inversión ante la dirección
Entorno de trabajo	Estudio cuasiexperimental en hospitales europeos	La implantación de metas de mejora del entorno se relacionó con menor intención de abandono	Programas estructurados de mejora del entorno
Variabilidad de la práctica	Revisión Cochrane de auditoría y retroalimentación	Mejoras pequeñas pero relevantes en la práctica profesional	Auditorías con retroalimentación bien diseñadas

Decisión	Evidencia	Hallazgo principal	Implicación para la gestión
Estandarización de procesos	Revisión Cochrane de vías clínicas	Efectos favorables sobre complicaciones y estancia en algunos procesos	Vías clínicas para procesos frecuentes y predecibles
Medición del aporte de enfermería	Revisión sistemática de resultados sensibles	Muchos indicadores usados son inadecuados	Seleccionar indicadores con validez demostrada
Prácticas de bajo valor	Revisión de alcance	La falta de conocimiento y el contexto son las principales barreras	Combinar educación con cambios organizativos

Nota. Elaboración propia a partir de Zaranko et al. (2023), Saville et al. (2025), Aiken et al. (2026), Ivers et al. (2025), Rotter et al. (2025), McEvoy et al. (2025) y Li y Yang (2024).

Dotación y organización del cuidado

La dotación es probablemente el área de la gestión de enfermería con mayor volumen de evidencia. Los estudios longitudinales en hospitales ingleses mostraron que los turnos con menos enfermeras profesionales se asociaban con mayor mortalidad, sin compensación por el personal auxiliar (Zaranko et al., 2023), y que eliminar la escasez de personal reducía las muertes a un costo que podía considerarse costo-efectivo (Saville et al., 2025).

Aunque proceden de otro sistema de salud, aportan a la jefatura dos argumentos ante la dirección: la sustitución de enfermeras profesionales no es neutra para los pacientes, y la dotación es una inversión con retorno en salud. Los datos locales de eventos adversos por turno completan el argumento.

Entorno de trabajo y retención

El proyecto Magnet4Europe, un estudio cuasiexperimental en 56 hospitales de seis países europeos, mostró que los hospitales que implantaron más metas de mejora del entorno de trabajo redujeron la intención de abandono de las enfermeras (Aiken et al., 2026), lo que sugiere que los programas estructurados, con metas y seguimiento, producen resultados medibles según su grado de implantación.

Calidad, seguridad y estandarización

Las revisiones Cochrane de 2025 sobre auditoría y retroalimentación (Ivers et al., 2025) y sobre vías clínicas (Rotter et al., 2025), abordadas en los capítulos 23 y 25, permiten elegir entre estrategias de calidad con conocimiento de su efecto probable y de las condiciones que lo favorecen. En la medición, la constatación de que muchos indicadores sensibles a la enfermería son todavía inadecuados (McEvoy et al., 2025) invita a seleccionarlos con criterio y a evitar conclusiones apresuradas.

Desimplementación de prácticas de bajo valor

La gestión basada en la evidencia no consiste solo en incorporar prácticas nuevas, sino también en retirar las que no aportan valor. En enfermería, algunos ejemplos posibles son los controles rutinarios de constantes con una frecuencia mayor que la necesaria en pacientes estables, el registro duplicado de la misma información en varios formularios, los cambios rutinarios de dispositivos sin indicación o ciertos procedimientos heredados de la tradición sin respaldo científico.

Una revisión de alcance con 37 estudios encontró que las barreras más frecuentes para reducir la atención de bajo valor se relacionaban con el conocimiento y con el contexto, y que la educación era la estrategia más estudiada (Li y Yang, 2024). Desimplementar suele ser más difícil que implementar, porque las prácticas establecidas dan seguridad; por ello, la retirada debe comunicarse con argumentos claros, acompañarse de una alternativa y evaluarse.

Liderazgo, competencias y cultura de la evidencia

Competencias de los líderes de enfermería

Los líderes de enfermería deciden sobre la organización de sus servicios y crean las condiciones para que el personal practique con base en la evidencia. Una revisión de alcance con 16 estudios encontró que las jefaturas de primera línea tenían una actitud positiva, pero carecían de la competencia necesaria para llevar la evidencia a la práctica (Koivunen et al., 2024).

El liderazgo para la implementación influye en el comportamiento del personal: en 2124 enfermeras de 17 hospitales chinos, predijo las prácticas de manejo del dolor basadas en la evidencia, con puntuaciones altas en apoyo y bajas en planificación proactiva (Li et al., 2025). Estas competencias pueden desarrollarse mediante programas de formación que combinen exposiciones, aprendizaje en la acción, planes individuales y acompañamiento posterior (Chen et al., 2024).

Barreras y facilitadores

Las barreras para la práctica basada en la evidencia se repiten en distintos países: falta de tiempo, acceso limitado a la información, escasa formación metodológica, carga asistencial, apoyo institucional insuficiente y resistencia al cambio (Atalla et al., 2025). En el Ecuador, una revisión sistemática confirmó actitudes en general positivas, pero conocimientos y habilidades que varían según la formación, el acceso a la información científica y las condiciones institucionales (Yumisaca León et al., 2025).

La Tabla 16 organiza las barreras más frecuentes y las estrategias de gestión que pueden atenderlas.

Tabla 16. Barreras para la gestión y la práctica basadas en la evidencia y estrategias de la gestión de enfermería

Nivel	Barrera	Estrategia de gestión
Individual	Conocimientos y habilidades insuficientes en búsqueda y valoración crítica	Formación continua, talleres prácticos, alianzas con la universidad
Individual	Baja autoeficacia y desconfianza en la propia capacidad	Mentoría, proyectos iniciales sencillos, reconocimiento de los logros
Individual	Preferencia por la experiencia o la costumbre	Presentación de datos locales, discusión de casos, demostración de beneficios
Organizativo	Falta de tiempo y carga asistencial	Tiempo protegido para proyectos, integración en las funciones del puesto
Organizativo	Acceso limitado a la información científica	Acceso institucional a bases de datos, apoyo de bibliotecarios
Organizativo	Apoyo insuficiente de la dirección	Vinculación de los proyectos con los objetivos institucionales, informes de resultados
Organizativo	Registros incompletos para la evidencia local	Mejora de los sistemas de información y de la calidad del registro
Contextual	Escasa evidencia generada en el país	Investigación aplicada en alianza con universidades, redes de servicios

Fuente: Elaboración propia a partir de Sanaeifar et al. (2025), Atalla et al. (2025), Yumisaca León et al. (2025) y Mackay et al. (2026).

Estrategias para desarrollar una cultura de la evidencia

Una cultura de la evidencia existe cuando las preguntas "¿qué dice la evidencia?" y "¿qué dicen nuestros datos?" forman parte habitual de las reuniones de gestión, de los comités y de la planificación. Su desarrollo requiere acciones sostenidas en varios planos:

- Estructuras. Crear un comité o grupo de práctica basada en la evidencia en el departamento de enfermería, vinculado con los comités de calidad, seguridad y docencia e investigación, y adoptar un modelo institucional común.
- Personas. Formar mentores de práctica basada en la evidencia en cada servicio, que acompañen a sus colegas en la formulación de preguntas, la búsqueda y la valoración de la evidencia.
- Tiempo y recursos. Asignar tiempo protegido a los proyectos, garantizar el acceso a bases de datos y contar con el apoyo de la biblioteca universitaria.
- Información. Mejorar la calidad de los registros y de los indicadores, y devolver los datos a los servicios de forma comprensible.
- Liderazgo. Que las jefaturas fundamenten sus propias decisiones con evidencia y lo hagan visible, por ejemplo, al presentar los argumentos de una propuesta a la dirección.
- Reconocimiento. Difundir los proyectos en jornadas institucionales, publicaciones y presentaciones, y reconocer a sus autores.
- Alianzas. Establecer convenios con las universidades para desarrollar proyectos conjuntos, prácticas de estudiantes orientadas a problemas reales y programas de formación.
- Las barreras que limitan la participación de las enfermeras en la investigación (Mackay et al., 2026) son, en gran medida, las mismas que limitan el uso de la evidencia, por lo que las estrategias del capítulo 28 y las de este capítulo se refuerzan mutuamente.

La enfermería basada en la evidencia en el contexto ecuatoriano

La producción científica de la enfermería ecuatoriana procede sobre todo del ámbito universitario y aborda poco la gestión de los servicios (Palencia Gutiérrez et al., 2023), de modo que las jefaturas deben recurrir a evidencia de otros contextos, valorar su aplicabilidad y complementarla con datos locales.

Las universidades con carreras de enfermería, como la Universidad Politécnica Estatal del Carchi, pueden formar en práctica basada en la evidencia con un enfoque de gestión, ofrecer formación continua y recursos bibliográficos al personal y desarrollar proyectos conjuntos con los servicios,

algo especialmente necesario en la zona norte del país, con población rural dispersa y una dinámica fronteriza particular.

La gestión basada en la evidencia tiene, por último, una dimensión de rendición de cuentas: en un sistema público con recursos limitados, fundamentar las decisiones con información verificable fortalece la posición de la enfermería ante las autoridades y orienta los recursos hacia las intervenciones que funcionan.

Síntesis

La enfermería basada en la evidencia integra la mejor evidencia científica, la experiencia profesional y los valores de las personas para tomar decisiones sobre el cuidado. La gestión basada en la evidencia extiende este enfoque a las decisiones administrativas y combina cuatro fuentes: la evidencia científica, la evidencia organizacional, la experiencia profesional y los valores de los interesados.

Las decisiones de gestión presentan particularidades, como la menor certeza de la evidencia organizativa, la dependencia del contexto y las restricciones presupuestarias, que obligan a adaptar el enfoque sin renunciar a él.

El proceso de decisión comprende cinco etapas: formular una pregunta estructurada en formato PICOC, buscar la evidencia empezando por las síntesis, valorarla críticamente, integrar las fuentes con un razonamiento documentado, y aplicar y evaluar la decisión; las revisiones rápidas y modelos como el de Johns Hopkins ofrecen un método común. La evidencia reciente sustenta decisiones sobre dotación, entorno de trabajo, auditoría, vías clínicas, indicadores y retirada de prácticas de bajo valor, pero su uso depende del liderazgo de jefaturas que necesitan desarrollar competencias de implementación.

En el Ecuador, donde la evidencia sobre gestión de enfermería es todavía escasa, la articulación entre la universidad y los servicios es la vía para generar evidencia propia y fundamentar en ella las decisiones administrativas.

Actividades para estudiantes

Actividad 1. Informe de evidencia para una decisión administrativa

Objetivo. Elaborar un informe breve de evidencia que sustente una decisión administrativa en un servicio de enfermería, integrando las cuatro fuentes de evidencia.

Desarrollo.

1. En grupos de cuatro estudiantes, seleccionar una decisión administrativa real o plausible en un establecimiento de salud de la provincia del Carchi, por ejemplo, la reorganización de los turnos,

la incorporación de un programa de mentoría para personal novel, la implantación de una vía clínica o la retirada de una práctica sin respaldo.

2. Formular la pregunta en formato PICOC, siguiendo los ejemplos de la Tabla 30.2.

3. Buscar evidencia científica publicada entre 2023 y 2026, comenzando por revisiones sistemáticas y guías, y valorar críticamente al menos tres estudios con una lista de verificación adecuada a su diseño.

4. Identificar qué evidencia organizacional sería necesaria (indicadores, registros, encuestas) y, si es posible, obtener datos del servicio durante las prácticas preprofesionales, con la autorización correspondiente.

5. Recoger la opinión de al menos dos profesionales del servicio sobre la factibilidad y la aceptabilidad de las alternativas.

6. Integrar la información y formular una recomendación justificada, con su nivel de certeza, los recursos necesarios y los indicadores para evaluarla.

Producto. Informe de evidencia de cuatro a cinco páginas, con referencias en formato APA 7, y una presentación de diez minutos dirigida a un grupo que actuará como equipo directivo.

Actividad 2. Análisis de la cultura de la evidencia en un servicio de enfermería

Objetivo. Analizar las barreras y los facilitadores para la práctica y la gestión basadas en la evidencia en un servicio de enfermería y proponer un plan de mejora.

Desarrollo.

1. En parejas, durante las prácticas preprofesionales, observar un servicio de enfermería e identificar cómo se toman las decisiones de gestión: quién decide, con qué información y con qué frecuencia se consulta la evidencia.

2. Entrevistar brevemente a la jefatura del servicio y a dos profesionales sobre su experiencia con la práctica basada en la evidencia, con un guion de cinco preguntas elaborado previamente y con su consentimiento.

3. Clasificar las barreras y los facilitadores identificados según los niveles de la Tabla 30.4.

4. Proponer un plan de mejora con al menos cuatro acciones, sus responsables, sus plazos y un indicador de seguimiento para cada una.

5. Compartir los resultados en una sesión grupal y comparar los hallazgos entre servicios.

Producto. Informe de tres páginas con el análisis y el plan de mejora, y participación en la sesión grupal.

CAPÍTULO 24. Tendencias globales y retos futuros de la gestión en enfermería, incluyendo innovación en liderazgo

Innovación, investigación y telemedicina en gestión de enfermería

Competencias

- Analizar la situación mundial y regional de la fuerza laboral de enfermería y sus implicaciones para la gestión de los servicios.
- Identificar las principales tendencias demográficas, epidemiológicas, tecnológicas, ambientales y generacionales que transforman la gestión del cuidado.
- Explicar los retos futuros de la gestión de enfermería en materia de dotación, retención, entornos de trabajo, seguridad y uso de la evidencia.
- Comparar enfoques innovadores de liderazgo en enfermería y valorar la evidencia sobre sus resultados.
- Proponer estrategias de desarrollo del liderazgo y de planificación de la sucesión en las organizaciones de enfermería.
- Elaborar una agenda de acción prospectiva para la gestión de enfermería en el Ecuador y en la zona norte del país.

Introducción

Este capítulo cierra la Sección V y, con ella, el recorrido del libro por la administración de los servicios de enfermería. Corresponde ahora levantar la mirada y preguntarse hacia dónde se dirige la gestión de enfermería en los próximos años y qué capacidades necesitarán quienes la ejerzan.

Las respuestas no son sencillas. La fuerza laboral de enfermería ha crecido, pero su distribución es profundamente desigual; la población envejece y las enfermedades crónicas aumentan mientras los sistemas intentan reorientarse hacia la atención primaria; la inteligencia artificial abre posibilidades y riesgos que aún no se comprenden del todo; el cambio climático añade nuevas demandas; y una nueva generación de profesionales llega con expectativas distintas sobre el trabajo.

En este escenario, los modelos de liderazgo jerárquicos y centrados en el control muestran sus límites, y se abren paso enfoques que ponen en el centro la autenticidad, la compasión, la participación del personal y la conducción de la transformación digital.

Panorama mundial y regional de la enfermería

La situación de la fuerza laboral en el mundo

El informe Situación de la enfermería en el mundo 2025, publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) junto con el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) y otros asociados, ofrece la imagen más completa de la fuerza laboral de enfermería, con datos de 194 países.

Tabla 17. Cifras clave de la fuerza laboral de enfermería en el mundo, 2025

Dimensión	Hallazgo
Tamaño de la fuerza laboral	29,8 millones de profesionales en 2023, frente a 27,9 millones en 2018
Déficit mundial	5,8 millones en 2023; se proyecta un descenso a 4,1 millones en 2030
Distribución	Cerca del 78 % de las enfermeras del mundo trabaja en países que reúnen al 49 % de la población
Migración	Una de cada siete enfermeras ha nacido en otro país; en los países de ingresos altos, el 23 %
Edad	El 33 % tiene menos de 35 años; el 19 % se jubilará en los próximos diez años
Género	El 85 % de la fuerza laboral está formado por mujeres
Liderazgo	El 82 % de los países tiene un cargo de enfermería de alto nivel en el gobierno; el 66 % cuenta con iniciativas de desarrollo del liderazgo, pero solo el 25 % de los países de ingresos bajos
Práctica avanzada	El 62 % de los países tiene funciones de práctica avanzada, frente al 53 % en 2020
Bienestar	El 42 % de los países tiene disposiciones para el apoyo a la salud mental del personal de enfermería

Fuente: Elaboración propia a partir de World Health Organization [WHO] (2025a).

Los datos muestran un avance y, al mismo tiempo, una advertencia. El número de profesionales ha aumentado y el déficit tiende a reducirse, pero la reducción se concentra en algunos países, mientras otros, sobre todo de ingresos bajos y medianos, seguirán con brechas importantes. La dependencia de los países ricos respecto de profesionales formados en el extranjero plantea cuestiones éticas sobre la migración, y el envejecimiento de una parte del personal anticipa un relevo generacional que debe prepararse con tiempo.

Administración de los servicios de enfermería: Gestión, liderazgo y calidad del cuidado

La situación en las Américas

La Región de las Américas cuenta con alrededor de 7,4 millones de profesionales de enfermería, que representan el 63 % de la fuerza laboral en salud. Sin embargo, el 40 % de los países tiene menos de 30 profesionales por cada 10 000 habitantes, se proyecta un déficit de unos 200 000 profesionales y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) advirtió en 2025 sobre una disminución marcada del número de graduados de enfermería en la Región (Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2025b).

La OPS atribuye los problemas estructurales de la Región, como la distribución desigual, la formación heterogénea, las condiciones de trabajo deficientes, la escasa práctica avanzada y la alta migración, a una subinversión crónica en la gobernanza, la formación y las condiciones de trabajo, que dificulta la retención y la atracción de nuevos profesionales (OPS, 2025a).

En el Ecuador, estos problemas se manifiestan en la concentración del personal en las ciudades principales, las dificultades para cubrir puestos en zonas rurales y fronterizas, la inestabilidad de la contratación y la limitada oferta de posgrado, agravados por la escasez de diagnósticos propios sobre la gestión de los servicios (Palencia Gutiérrez et al., 2023).



Figura 50. Tendencias globales y retos de la gestión de enfermería

Fuente: Elaboración propia a partir de WHO (2025a), OPS (2025a) y MSP (2025).

Orientaciones estratégicas internacionales

Las Orientaciones Estratégicas Mundiales de la OMS para la Enfermería y la Partería, centradas en la formación, el empleo, el liderazgo y la prestación de servicios, fueron extendidas en 2025 hasta 2030 por la Asamblea Mundial de la Salud (International Council of Nurses [ICN], 2025).

El informe de 2025 propone siete prioridades para 2026-2030: ampliar y distribuir con equidad los empleos de enfermería; fortalecer la formación nacional; mejorar las condiciones de trabajo y el bienestar mental; desarrollar la práctica avanzada; promover la equidad de género; preparar a las enfermeras para la salud digital y un cuidado que responda al clima; y fortalecer el liderazgo (WHO, 2025a). Estas prioridades ofrecen a las jefaturas del país un marco para alinear sus planes institucionales.

Tendencias que transforman la gestión del cuidado

La Tabla 18 resume las tendencias principales y sus implicaciones para la gestión, que se desarrollan en los apartados siguientes.

Tabla 18. Tendencias globales y sus implicaciones para la gestión de enfermería

Tendencia	Manifestaciones	Implicaciones para la gestión
Envejecimiento y cronicidad	Más personas mayores, multimorbilidad, dependencia	Modelos de gestión de casos, continuidad del cuidado, atención domiciliaria, práctica avanzada
Reorientación a la atención primaria	Cobertura universal, prevención, cuidado comunitario	Redistribución del personal, competencias comunitarias, coordinación entre niveles
Transformación digital e IA	Historia clínica electrónica, telesalud, algoritmos predictivos	Liderazgo digital, gobernanza de la IA, formación, protección de datos
Cambio climático	Eventos extremos, nuevas enfermedades, impacto ambiental de la atención	Planes de preparación, servicios sostenibles, competencias ambientales
Nuevas generaciones	Expectativas de desarrollo, flexibilidad, sentido del trabajo	Modelos de retención, mentoría, horarios flexibles, participación
Migración y movilidad	Salida de profesionales, contratación internacional	Planes de retención, reconocimiento, condiciones competitivas
Bienestar y seguridad del personal	Agotamiento, violencia laboral, intención de abandono	Entornos saludables, prevención de la violencia, apoyo psicológico

Fuente: Elaboración propia a partir de WHO (2025a), OPS (2025a) y la literatura citada en el capítulo.

Envejecimiento, cronicidad y atención primaria

El envejecimiento y el aumento de las enfermedades crónicas exigen atención continua, coordinada entre niveles y prestada en buena parte en el domicilio o la comunidad, lo que favorece la gestión de casos, las consultas de enfermería para enfermedades crónicas y la coordinación de las transiciones. La práctica avanzada es una de las respuestas más extendidas, presente en el 62 % de los países frente al 53 % en 2020 (WHO, 2025a), aunque todavía escasa en América Latina (OPS, 2025a).

En el Ecuador, el fortalecimiento de la atención primaria y del Modelo de Atención Integral de Salud ofrece un espacio natural para estas funciones, siempre que se acompañen de formación de posgrado, perfiles definidos y reconocimiento institucional.

Transformación digital e inteligencia artificial

La transformación digital, analizada en el capítulo 29, es una de las tendencias de mayor impacto en la gestión. La inteligencia artificial plantea un reto particular al liderazgo: una encuesta a integrantes de la Academia Canadiense de Enfermería encontró que muchos líderes habían tenido contacto con la IA, pero pocos se sentían seguros para utilizarla o gobernarla, por lo que los autores la consideran, en esencia, una cuestión de competencia de liderazgo y de gobernanza (Nagle et al., 2026).

Cambio climático y sostenibilidad

El cambio climático afecta la salud a través de olas de calor, inundaciones, cambios en la distribución de enfermedades transmitidas por vectores y alteraciones de la seguridad alimentaria, mientras el propio sector salud contribuye a las emisiones mediante la energía, los desechos y los insumos (WHO, 2025a).

Para la gestión de enfermería, esto supone preparar los servicios ante eventos extremos, incorporar criterios de sostenibilidad en la gestión de insumos, desechos y energía, y formar al personal; en la zona norte del Ecuador, con alta montaña, áreas amazónicas cercanas y exposición a heladas, lluvias intensas y deslizamientos, estas consideraciones tienen relevancia concreta.

31.2.4 Nuevas generaciones de profesionales

La llegada a los equipos de la llamada generación Z plantea preguntas sobre la retención y el liderazgo. Una revisión sistemática con 1985 estudiantes y profesionales de enfermería identificó como factores clave la motivación, las características del trabajo, el empoderamiento y el crecimiento profesional (Sharkiya et al., 2026). Sin caer en estereotipos generacionales, la gestión debe atender las expectativas de desarrollo, retroalimentación frecuente, participación, flexibilidad y sentido del trabajo, y aprovechar a la vez la experiencia de las generaciones mayores.

Migración y movilidad profesional

La migración de profesionales de enfermería desde los países de ingresos bajos y medianos hacia los de ingresos altos se ha intensificado: una de cada siete enfermeras ha nacido en otro país, proporción que alcanza el 23 % en los de ingresos altos (WHO, 2025a). La gestión no puede impedirla, pero sí influir en la decisión de permanecer mediante condiciones dignas, estabilidad

laboral, oportunidades de carrera y entornos saludables, e incorporar en la planificación las salidas previsibles por migración y jubilación.

Retos futuros de la gestión de enfermería

Dotación, retención y bienestar

La dotación seguirá siendo el reto central de la gestión, con una evidencia sólida que la vincula con la mortalidad (Saville et al., 2025; Zaranko et al., 2023). El reto es doble: convencer a quienes asignan los recursos de que la dotación es una inversión con retorno en salud y retener al personal disponible, cuya permanencia depende en gran medida del bienestar.

Que solo el 42 % de los países tenga disposiciones para apoyar la salud mental del personal de enfermería (WHO, 2025a) indica una brecha que la gestión debe tratar como un componente de la calidad y la seguridad.

Entornos de trabajo y seguridad

El entorno de práctica condiciona tanto el bienestar del personal como la seguridad de los pacientes, y los programas estructurados de mejora, como Magnet4Europe, han reducido la intención de abandono (Aiken et al., 2026). La violencia laboral, con el personal de enfermería entre los grupos más expuestos (Rossi et al., 2023), es otra amenaza cuya prevención mediante medidas organizativas, ambientales, formativas y de apoyo a las víctimas ganará importancia.

Evidencia, datos y rendición de cuentas

Las decisiones de gestión se fundamentarán cada vez más en datos, como se analizó en el capítulo 30, lo que exige sistemas de información fiables, indicadores válidos y competencias para interpretarlos que muchas jefaturas todavía deben desarrollar (Koivunen et al., 2024). La gestión de enfermería deberá demostrar su contribución con datos, mediante indicadores sensibles a la enfermería integrados en los sistemas de información y difundidos de manera comprensible.

Innovación en liderazgo

Las tendencias y los retos descritos exigen un liderazgo diferente del que predominó en el pasado. Los modelos jerárquicos, centrados en el control y la supervisión, conservan utilidad en situaciones de crisis, pero resultan insuficientes para retener al personal, promover la innovación y sostener la calidad en entornos complejos. La Tabla 19 compara cuatro enfoques que han ganado relevancia en la gestión de enfermería.

Los enfoques de liderazgo descritos responden a problemas organizativos distintos y no constituyen una escala en la que uno sustituya automáticamente a los demás. La participación del equipo favorece la deliberación, pero las emergencias pueden requerir decisiones rápidas y responsabilidades bien definidas. La competencia directiva consiste en adaptar la conducción a la situación sin perder transparencia, seguridad ni respeto profesional.

Tabla 19. Enfoques innovadores de liderazgo en enfermería

Enfoque	Rasgos centrales	Evidencia reciente	Aplicación en los servicios
Liderazgo auténtico	Autoconciencia, transparencia, procesamiento equilibrado, perspectiva moral	Asociado con mejor desempeño, compromiso, satisfacción y menor agotamiento e intención de abandono; evidencia mayoritariamente transversal	Formación en autoconocimiento, retroalimentación de 360 grados, coherencia entre discurso y práctica
Liderazgo compasivo	Atender, comprender, empatizar y ayudar	Temas de apoyo, comunicación abierta y bienestar; pocos programas lo desarrollan de forma explícita	Escucha activa, reuniones breves de apoyo, atención a las segundas víctimas
Gobernanza profesional	Participación del personal en las decisiones mediante consejos	Mejora de la satisfacción, la seguridad y la eficacia de los consejos; evidencia de nivel bajo	Consejos de práctica, calidad y formación con autoridad real
Liderazgo digital	Conducción de la adopción y la gobernanza de la tecnología y la IA	Brecha entre el contacto con la IA y la confianza para gobernarla	Participación en comités de tecnología, normas de uso de la IA, formación

Fuente: Elaboración propia a partir de Santos et al. (2025), Östergård et al. (2024), Phuong et al. (2026), Lancaster et al. (2026) y Nagle et al. (2026).

Liderazgo compasivo

El liderazgo compasivo se ha difundido como respuesta al agotamiento del personal. Una revisión sistemática de métodos mixtos identificó como rasgos tratar a los profesionales como personas, construir una comunicación abierta y segura, estar presente, brindar apoyo integral y crear condiciones para un trabajo eficiente y un mayor bienestar, y sugirió que puede ayudar a afrontar el agotamiento, la rotación y las brechas de seguridad (Östergård et al., 2024).

Su formación está todavía en desarrollo y la evidencia sobre su impacto es limitada (Phuong et al., 2026), por lo que debe traducirse en prácticas concretas, como la escucha de las necesidades del personal, el apoyo tras un evento adverso o la protección del descanso, y evaluarse con indicadores de bienestar y retención.

Gobernanza profesional

La gobernanza profesional o compartida traslada al personal de enfermería parte de la autoridad sobre las decisiones relacionadas con su práctica, mediante consejos o comités con funciones definidas en ámbitos como la práctica clínica, la calidad, la formación y la investigación. Su fundamento es que quienes prestan el cuidado conocen mejor sus problemas y que la participación en las decisiones aumenta el compromiso y la responsabilidad.

Una revisión sistemática de 33 estudios concluyó que la gobernanza profesional parece mejorar la satisfacción laboral, la seguridad del paciente y la eficacia de los consejos, aunque con evidencia de nivel bajo (Lancaster et al., 2026). En los servicios del Ecuador, de cultura jerárquica, puede comenzar con iniciativas modestas, como un consejo de práctica que revise los protocolos o un comité de calidad con personal de todos los turnos, siempre que sus decisiones tengan efecto real; de lo contrario, la participación se percibe como un simulacro.

Estos cuatro enfoques no son excluyentes. Un líder puede ser auténtico en su manera de relacionarse, compasivo en su atención al equipo, promotor de la participación mediante la gobernanza compartida y conductor de la transformación digital. Lo que tienen en común es un desplazamiento del liderazgo basado en la autoridad del cargo hacia un liderazgo basado en la relación, la confianza y la capacidad de movilizar a otros.



Figura 51. Del liderazgo jerárquico al liderazgo relacional en enfermería

Fuente**:** Elaboración propia a partir de Santos et al. (2025), Östergård et al. (2024), Lancaster et al. (2026) y Nagle et al. (2026).

Desarrollo del liderazgo y planificación de la sucesión

El informe mundial de 2025 encontró que el 66 % de los países disponía de iniciativas de desarrollo del liderazgo de enfermería, proporción que descendía al 25 % en los de ingresos bajos (WHO, 2025a). El liderazgo, sin embargo, no se limita a los cargos nacionales: se ejerce en cada hospital, centro de salud y servicio.

El desarrollo del liderazgo en las organizaciones de enfermería puede organizarse en torno a cinco componentes:

1. Identificación del potencial. Reconocer, de manera sistemática y transparente, a los profesionales con capacidad e interés para asumir responsabilidades de liderazgo, sin limitarse a la antigüedad.

2. Formación. Ofrecer programas que combinen fundamentos de gestión, competencias relacionales, uso de la evidencia y liderazgo digital, con metodologías activas como el aprendizaje en la acción, el estudio de casos y la simulación.

3. Experiencias de desarrollo. Asignar responsabilidades progresivas, como la coordinación de un turno, la conducción de un proyecto de mejora o la participación en un comité, con acompañamiento.

4. Mentoría y retroalimentación. Vincular a los futuros líderes con mentores experimentados y establecer mecanismos de retroalimentación, como las evaluaciones de 360 grados, que ayuden a cerrar la brecha entre la autopercepción y la percepción del equipo.

5. Planificación de la sucesión. Anticipar las vacantes por jubilación o movilidad y preparar a los candidatos con antelación, para evitar vacíos de liderazgo que afecten la continuidad de los servicios.

Las universidades tienen un papel complementario. La formación de pregrado debe introducir las competencias de liderazgo y gestión, como lo hace este libro, y la de posgrado debe profundizarlas. Las alianzas entre las universidades y los servicios pueden dar lugar a programas de formación continua para las jefaturas, diseñados a partir de las necesidades reales de las instituciones.

Prospectiva: una agenda para la gestión de enfermería en el Ecuador

La prospectiva no pretende predecir el futuro, sino reconocer las tendencias, imaginar escenarios posibles y orientar las decisiones del presente hacia el escenario deseado. A partir de lo analizado en este capítulo y en el conjunto del libro, la Tabla 31.4 propone una agenda de acción para la gestión de enfermería en el Ecuador, con énfasis en la zona norte del país.

Tabla 20. Agenda de acción para la gestión de enfermería en el Ecuador

Área	Acción prioritaria	Actores principales	Indicador de seguimiento
Fuerza laboral	Diagnóstico de la dotación por establecimiento y planificación de la cobertura de las zonas rurales y fronterizas	MSP, coordinaciones zonales, jefaturas de enfermería	Densidad de enfermería por 10 000 habitantes por cantón
Retención	Planes institucionales de retención con estabilidad laboral, formación y reconocimiento	Direcciones de talento humano, jefaturas	Tasa de rotación e intención de abandono
Bienestar	Programas de apoyo psicológico y prevención de la violencia laboral	Instituciones de salud, salud ocupacional	Prevalencia de agotamiento, incidentes de violencia
Práctica avanzada	Definición de perfiles de práctica avanzada en atención primaria y enfermedades crónicas	MSP, universidades, gremios	Número de profesionales con funciones ampliadas
Liderazgo	Programas de formación en liderazgo y planificación de la sucesión	Universidades, instituciones de salud	Jefaturas formadas, puestos de liderazgo cubiertos con sucesor preparado

Área	Acción prioritaria	Actores principales	Indicador de seguimiento
Gobernanza compartida	Consejos de práctica de enfermería con funciones definidas	Departamentos de enfermería	Número de consejos activos y decisiones implementadas
Transformación digital	Participación de enfermería en la historia clínica electrónica, la telesalud y la gobernanza de la IA	MSP, instituciones, jefaturas	Proporción de servicios con registro electrónico de enfermería
Evidencia e investigación	Proyectos conjuntos entre universidades y servicios sobre problemas de gestión	Universidades, comités de investigación	Proyectos ejecutados y decisiones fundamentadas en sus resultados
Clima y sostenibilidad	Planes de preparación ante eventos climáticos y gestión sostenible de insumos y desechos	Instituciones, comités de gestión de riesgos	Planes actualizados, simulacros realizados

Fuente: Elaboración propia a partir de WHO (2025a), OPS (2025a) y MSP (2025).

Esta agenda no puede ejecutarse desde un único actor. Requiere la acción coordinada del Ministerio de Salud Pública y de las demás instituciones del Sistema Nacional de Salud, de las universidades, de los gremios profesionales y, sobre todo, de los propios profesionales de enfermería que ejercen la gestión en los servicios.

Para la provincia del Carchi y la zona norte, la Universidad Politécnica Estatal del Carchi puede actuar como espacio de articulación, al formar a los futuros profesionales, ofrecer formación continua, generar investigación sobre los problemas locales y acompañar a los servicios en la implantación de innovaciones.

Síntesis

La fuerza laboral de enfermería alcanzó 29,8 millones de profesionales en el mundo en 2023 y su déficit tiende a reducirse, pero persisten desigualdades profundas en su distribución, una migración creciente desde los países de ingresos bajos y medianos y un relevo generacional que debe prepararse. En las Américas, cerca del 40 % de los países no alcanza la densidad recomendada y el número de graduados ha disminuido.

Las orientaciones estratégicas de la OMS, extendidas hasta 2030, y las siete prioridades de política para 2026-2030 ofrecen un marco para la acción.

Varias tendencias transforman la gestión del cuidado: el envejecimiento y la cronicidad, la transformación digital y la inteligencia artificial, el cambio climático, las nuevas generaciones y la

migración profesional, de las que derivan los retos de la dotación, la retención, el bienestar, los entornos de trabajo seguros y la gestión basada en datos.

Estos retos requieren un liderazgo innovador, auténtico, compasivo, participativo y digital, que desplace la autoridad del cargo hacia la relación y la confianza, aunque ninguno de estos enfoques cuenta todavía con evidencia de alta certeza. El desarrollo de líderes, la planificación de la sucesión y una agenda compartida entre el Estado, las universidades, los gremios y los servicios son las condiciones para que la gestión de enfermería en el Ecuador responda a los retos del futuro.

Actividades para estudiantes

Actividad 1. Análisis prospectivo de la gestión de enfermería en la zona norte del Ecuador

Objetivo. Analizar cómo las tendencias globales afectarán la gestión de enfermería en un establecimiento de salud de la zona norte del Ecuador y proponer acciones para el escenario deseado.

Desarrollo.

1. En grupos de cuatro estudiantes, seleccionar un establecimiento de salud de la provincia del Carchi o de la zona norte, como un hospital general, un hospital básico o un centro de salud.
2. Elegir tres tendencias de la Tabla 31.2 y analizar cómo se manifiestan o podrían manifestarse en ese establecimiento en los próximos diez años, con apoyo de datos disponibles y de al menos tres fuentes publicadas entre 2023 y 2026.
3. Construir dos escenarios para 2035: un escenario tendencial, en el que no se toman medidas, y un escenario deseado, en el que la gestión de enfermería responde de manera activa.
4. Proponer cinco acciones concretas para avanzar hacia el escenario deseado, con sus responsables, sus plazos y sus indicadores, tomando como referencia la Tabla 31.4.
5. Identificar los obstáculos previsibles y las estrategias para superarlos.

Producto. Informe de cinco a seis páginas, con referencias en formato APA 7, y una presentación de diez minutos.

Actividad 2. Autodiagnóstico y plan de desarrollo del liderazgo

Objetivo. Reflexionar sobre el propio estilo de liderazgo a la luz de los enfoques innovadores estudiados y elaborar un plan personal de desarrollo.

Desarrollo.

1. De forma individual, leer el apartado 31.4 y redactar una reflexión de una página sobre una experiencia en la que se ejerció o se observó un liderazgo positivo o negativo durante las prácticas preprofesionales o en otro contexto.

2. Analizar la experiencia a la luz de los rasgos de los cuatro enfoques de la Tabla 31.3, identificando qué rasgos estuvieron presentes o ausentes.

3. Solicitar a dos compañeros que valoren, de forma anónima y con una guía breve elaborada por el docente, algunas conductas de liderazgo del estudiante en los trabajos grupales del semestre, y comparar sus valoraciones con la autoevaluación.

4. Elaborar un plan personal de desarrollo del liderazgo con tres objetivos, las acciones para alcanzarlos en el próximo año y la forma de evaluar su logro.

5. Compartir, de manera voluntaria, los aprendizajes en una sesión grupal.

Producto. Portafolio individual de tres a cuatro páginas con la reflexión, el análisis, la comparación de valoraciones y el plan de desarrollo.

N.º	Respuesta	Justificación
1	d	La investigación busca conocimiento nuevo y generalizable con un diseño definido que controla los sesgos; la mejora de la calidad busca mejorar un proceso local mediante ciclos rápidos (capítulo 32, Tabla 32.1). Ambas pueden usar indicadores, por lo que este rasgo no las distingue.
2	c	Las series temporales interrumpidas analizan la tendencia de un indicador en múltiples momentos antes y después de una intervención, y son adecuadas cuando no es posible un grupo de control (capítulo 32). Los estudios transversales y las series de casos no permiten estimar el efecto.
3	a	En el ensayo por conglomerados se aleatorizan grupos completos, como unidades u hospitales, porque las intervenciones de gestión afectan a todo el grupo y no a individuos aislados (capítulo 32).
4	b	El diseño híbrido estudia a la vez la efectividad y la implementación, con distinto énfasis según el tipo (Jurczuk et al., 2023). No sustituye la revisión ética.
5	c	La relación jerárquica entre la jefatura y el personal exige proteger la voluntariedad y la confidencialidad, de modo que la participación no influya en la evaluación laboral (capítulo 32). Conocer las respuestas individuales o imponer la participación vulneraría estos principios.
6	d	La enfermería virtual hospitalaria es un modelo de apoyo remoto a la enfermera presencial en tareas como admisiones, altas, educación o vigilancia (capítulo 33). No implica robots ni simulación.
7	a	La revisión encontró que la mayoría de los modelos tenía un riesgo de reingreso similar o menor que la hospitalización convencional, con evidencia de certeza baja,

N.º	Respuesta	Justificación
		y no halló evidencia de costo-efectividad para los modelos de alta tecnología (Shi et al., 2024).
8	d	El mejor modelo redujo el error absoluto medio en un 25 % frente a la predicción de referencia; los autores recomendaron ensayos controlados en la práctica antes de su uso clínico (McMahon et al., 2025). El modelo no sustituye la decisión de la jefatura.
9	b	El sesgo de automatización es la aceptación acrítica de las recomendaciones de un sistema automatizado. El error por datos poco representativos corresponde al sesgo algorítmico, y el exceso de alarmas, a la fatiga de alarmas (capítulo 33; WHO, 2024).
10	c	Los datos de salud son sensibles según la normativa ecuatoriana de protección de datos personales; la práctica debe sustituirse por un canal institucional seguro, con registro en la historia clínica (capítulo 33; Presidencia de la República del Ecuador, 2023). Prohibir toda atención a distancia eliminaría un servicio útil.
11	a	La política identifica la telemedicina, la historia clínica única electrónica y los sistemas de información interoperables como herramientas centrales (Ministerio de Salud Pública del Ecuador [MSP], 2025).
12	d	La adopción debe partir de un problema concreto documentado con indicadores, y no de la disponibilidad de una tecnología: la pregunta inicial es qué se quiere mejorar y no qué se quiere comprar (capítulo 33).
13	a	La gestión basada en la evidencia combina la evidencia científica, la organizacional, la experiencia profesional y los valores de los interesados (capítulo 34; Sanaeifar et al., 2025). Enumerar diseños de estudio describe solo la evidencia científica.
14	b	PICOC añade el contexto, porque el entorno organizativo condiciona los resultados de las decisiones de gestión (capítulo 34).
15	c	Entre las 24 recomendaciones figuran la participación de los usuarios del conocimiento en la definición de la pregunta y la descripción transparente de las simplificaciones; también se recomienda valorar el riesgo de sesgo (Garritty et al., 2024).
16	d	La revisión concluyó que las jefaturas de primera línea tienen actitud positiva, pero carecen de competencia para implementar la atención basada en la evidencia, y que pocos instrumentos miden estas competencias en líderes (Koivunen et al., 2024).

N.º	Respuesta	Justificación
17	a	La desimplementación es la retirada planificada de prácticas de bajo valor; las barreras principales se relacionan con el conocimiento y el contexto (capítulo 34; Li y Yang, 2024). No equivale a suprimir protocolos ni personal.
18	b	El informe registró un déficit de 5,8 millones en 2023, con una proyección de 4,1 millones en 2030; la cifra de 29,8 millones corresponde al total de profesionales (World Health Organization [WHO], 2025a).

Glosario general

Evolución histórica de la administración en enfermería

Administración	Proceso de planificar, organizar, dirigir y controlar recursos humanos, materiales y financieros para alcanzar objetivos institucionales de manera eficiente y eficaz.
Gestión del cuidado	Función profesional privativa de enfermería orientada a asegurar la calidad, continuidad y seguridad de la atención brindada a la persona, familia y comunidad.
Gerencia	Ejercicio de la autoridad formal dentro de una organización para la toma de decisiones estratégicas y la conducción de equipos hacia el cumplimiento de metas.
Liderazgo Transformacional	Estilo de dirección centrado en inspirar, motivar y desarrollar el potencial de los colaboradores más allá del cumplimiento de tareas rutinarias.
Escuela científica de la administración	Corriente teórica (Taylor, Fayol) centrada en la estandarización de procesos, la división del trabajo y la eficiencia operativa.
Profesionalización de enfermería	Proceso histórico mediante el cual el cuidado enfermero transita de una actividad y vocacional hacia una disciplina científica regulada y con cuerpo propio de conocimiento
Nueva gestión pública (NGP)	Modelo de administración de instituciones públicas orientado a resultados,
Gestión por Procesos	Enfoque administrativo que organiza el trabajo institucional como una secuencia de actividades interrelacionadas orientadas a generar valor para el usuario del servicio de salud
Autonomía profesional	Capacidad reconocida legal y disciplinalmente para que el profesional de enfermería tome decisiones independientes dentro de su ámbito de competencia.

Gobernanza Institucional	Capacidad reconocida legal y disciplinalmente para que el profesional de enfermería tome decisiones independientes dentro de su ámbito de competencia.

Introducción a la administración, gestión y gerencia

Administración	Proceso integral de planificar, organizar, dirigir y control recursos con el fin de alcanzar objetivos institucionales; se concibe como ciencia, técnica y arte a la vez.
Gestión	Conjunto de acciones orientadas a la ejecución operativa y cotidiana de los recursos disponibles para el cumplimiento de los objetivos definidos por la administración.
Gerencia	Función de dirección estratégica de más alto nivel jerárquico, responsable de la toma de decisiones que orientan el rumbo global de la organización.
Gestión administrativa	Conjunto de condiciones estratégicas, tácticas y operativas que permiten que las funciones de organización, dirección y control se ejecuten de manera racional dentro de una institución.
Administrador en salud	Profesional con formación específica en gerencia y gestión de servicios de salud, responsable de la operación diaria de establecimientos sanitarios.
Enfermera gestora del cuidado	Profesional de enfermería que ejerce funciones de gestión sobre los recursos humanos, materiales y de información necesarios para asegurar la calidad del cuidado.
Eficiencia	Relación entre los recursos utilizados y los resultados obtenidos; hacer más con menos recursos.
Eficacia	Grado en que se alcanzan los objetivos y metas planteados, independientemente de los recursos empleados.

Efectividad	Capacidad de lograr el efecto esperado combinando eficiencia y eficacia de manera sostenida en el tiempo.
Habilidades Gerenciales	Conjunto de capacidades, técnicas, humanas y conceptuales, necesarias para dirigir personas y recursos hacia el cumplimiento de objetivos institucionales.

Teorías administrativas generales aplicadas a enfermería

Administración científica	Corriente fundada por Frederick Taylor centrada en la observación, medición y estandarización del trabajo para elevar la eficiencia y la productividad.
Proceso administrativo (Fayol)	Modelo que concibe la administración como una secuencia de funciones: planificar, organizar, dirigir, coordinar y controlar, aplicable a cualquier tipo de organización.
División del trabajo	Principio administrativo según el cual la especialización de tareas incrementa la eficiencia y la calidad del resultado.
Principios generales de la administración	Conjunto de 14 postulados formulados por Fayol para orientar la estructura y el funcionamiento de las organizaciones.
Enfoque sistémico	Perspectiva que concibe a la organización como un sistema abierto compuesto por partes interrelacionadas que interactúan entre sí y con el entorno.
Sistema abierto	Sistema que intercambia energía, información y recursos con su entorno, a diferencia de un sistema cerrado que no interactúa con el exterior.

Sistema abierto	Sistema que intercambia energía, información y recursos con su entorno, a diferencia de un sistema cerrado que no interactúa con el exterior.
Retroalimentación (feedback)	Mecanismo mediante el cual la información sobre los resultados de un proceso se reintroduce al sistema para ajustar su funcionamiento.
Enfoque contingencial	Perspectiva que sostiene que no existe un único modelo administrativo óptimo, sino que la estructura y las decisiones deben adaptarse a las circunstancias específicas de cada organización.
Imperativo ambiental	Principio del enfoque contingencial según el cual las características del entorno externo condicionan la estructura administrativa más adecuada para una organización.
Gerencia del cuidado (dimensión micropolítica)	Ejercicio cotidiano y operativo de la coordinación del cuidado de enfermería en el ámbito inmediato del servicio o unidad.

Modelos de gestión del cuidado

Gestión del cuidado	Función privativa de enfermería orientada a asegurar la calidad, continuidad y seguridad de la atención mediante la aplicación articulada de distintos modelos de gestión.
Enfermería basada en la evidencia (EBE)	Modelo que integra la mejor evidencia científica disponible, la experiencia clínica del profesional y las preferencias del paciente en la toma de decisiones de cuidado.
Práctica basada en la evidencia (PBE)	Proceso metodológico mediante el cual el profesional formula una pregunta clínica, busca evidencia, la valora críticamente y la aplica en la práctica asistencial.

Gestión por procesos	Modelo administrativo que organiza el trabajo institucional como una secuencia de actividades interrelacionadas orientadas a generar valor para el usuario del servicio de salud.
Proceso asistencial	Conjunto de actividades secuenciales relacionadas con la atención directa del paciente, desde su ingreso hasta su egreso del servicio.
Mapa de procesos	Representación gráfica que clasifica y ordena los procesos de una institución según su función: gobernantes, agregadores de valor y habilitantes.
Gestión por competencias	Modelo de gestión del talento humano que organiza la selección, evaluación y desarrollo del personal a partir de competencias laborales previamente definidas.
Competencia laboral	Conjunto integrado de conocimientos, habilidades y actitudes que permiten a una persona desempeñar eficazmente una función específica en su puesto de trabajo.
Modelo de gestión	Marco conceptual y metodológico que orienta la manera en que una institución organiza, ejecuta y evalúa sus procesos de atención.
Indicador de proceso	Medida cuantitativa que permite monitorear el desempeño de un proceso asistencial o administrativo a lo largo del tiempo.

El proceso administrativo en enfermería

Proceso administrativo	Secuencia cíclica de funciones —planificar, organizar, dirigir y controlar— mediante la cual una organización articula sus recursos para alcanzar sus objetivos.
Planificación	Función administrativa que define objetivos y determina, con anticipación, los cursos de acción necesarios para alcanzarlos.
Organización (función Administrativa)	Función que estructura los recursos humanos, materiales y de información, definiendo roles, jerarquías y dotación de personal necesarios para ejecutar lo planificado.

Dirección	Función que orienta, motiva y conduce al equipo humano hacia el cumplimiento de los objetivos, mediante el liderazgo y la toma de decisiones.
Control	Función que mide el desempeño real frente a los estándares establecidos, identifica desviaciones y genera acciones correctivas.
Análisis situacional	Primera etapa de la planificación estratégica, en la que se diagnostica el estado interno y externo de una organización antes de definir su rumbo futuro.
Dotación de personal	Determinación técnica de la cantidad y el perfil de personal de enfermería necesario para cubrir una unidad o servicio, según la carga de trabajo y la complejidad del paciente.
Objetivos estratégicos	Metas de mediano y largo plazo que orientan las decisiones y acciones de una organización o servicio de enfermería.
Indicador de control	Medida cuantitativa que permite comparar el desempeño real de un proceso o servicio frente a un estándar previamente definido.
Retroalimentación correctiva	Mecanismo mediante el cual los resultados del control se reincorporan al ciclo de planificación para ajustar objetivos, procesos o recursos.

Marco legal, ético y deontológico de la gestión enfermera

Marco legal	Conjunto de leyes, reglamentos y normas jurídicas que regulan el ejercicio profesional de enfermería en un país determinado.
Ética profesional	Conjunto de principios y valores que orientan el comportamiento correcto de un profesional en el ejercicio de su disciplina.

Deontología / Código deontológico	Conjunto de deberes y normas de conducta profesional, formalizados en un documento que orienta el comportamiento ético exigible a los miembros de una profesión.
Responsabilidad civil	Obligación de reparar el daño causado a un paciente como consecuencia de una acción u omisión en el ejercicio profesional.
Responsabilidad penal	Consecuencia jurídica derivada de la comisión de un delito tipificado en la ley, como resultado de una conducta profesional negligente, imprudente o imperita.
Responsabilidad Administrativa	Consecuencia disciplinaria aplicada por la institución empleadora o el organismo regulador de la profesión ante el incumplimiento de normas internas o deontológicas.
Mala práctica profesional	Acción u omisión del profesional de enfermería, caracterizada por negligencia, imprudencia o impericia, que causa un daño al paciente.
Secreto profesional /confidencialidad	Deber ético y legal de no divulgar la información obtenida en el ejercicio del cuidado, salvo las excepciones previstas por la ley.
Consentimiento informado	Proceso mediante el cual el paciente autoriza voluntariamente una intervención de cuidado, tras haber recibido información suficiente, clara y comprensible.
Objeción de conciencia	Derecho del profesional de enfermería a abstenerse de participar en un procedimiento que contraríe sus convicciones éticas o morales, dentro de los límites establecidos por la ley.

Liderazgo en enfermería: del cuidado a la gestión

Liderazgo	Capacidad de influir, motivar y organizar a un equipo de trabajo para alcanzar metas y objetivos institucionales de manera efectiva.
Liderazgo transformacional	Estilo de dirección que empodera individualmente a los colaboradores e influye en ellos para comprometerse con una visión y objetivos compartidos, más allá del cumplimiento de tareas rutinarias.

Liderazgo transaccional	Estilo de dirección basado en el intercambio entre el cumplimiento de tareas y recompensas o correcciones, centrado en el control y la supervisión del desempeño.
Liderazgo situacional	Estilo de dirección que adapta el grado de dirección y apoyo del líder según el nivel de madurez, autonomía y competencia del colaborador o equipo.
Enfermera líder-gerente	Profesional de enfermería que combina las competencias del cuidado directo con las competencias gerenciales necesarias para dirigir personas, recursos y procesos institucionales.
Influencia idealizada	Componente del liderazgo transformacional en el que el líder actúa como modelo de conducta ética y profesional para su equipo.
Consideración Individualizada	Componente del liderazgo transformacional centrado en atender las necesidades particulares de desarrollo de cada colaborador.
Clima organizacional	Percepción compartida por los miembros de una organización sobre las condiciones psicosociales y relacionales de su entorno de trabajo.
Inteligencia emocional	Capacidad de reconocer, comprender y gestionar las propias emociones y las de los demás, aplicada al ejercicio del liderazgo y al trabajo en equipo.

Estructura organizativa de los servicios de enfermería

Estructura organizativa	Conjunto de relaciones formales de autoridad, responsabilidad y comunicación que ordenan el trabajo de una institución de salud para el cumplimiento de sus objetivos.

Organigrama	Representación gráfica de la estructura de organización interna de una institución, que establece los niveles jerárquicos, las líneas de autoridad y las relaciones de coordinación entre los distintos puestos.
Nivel jerárquico	Posición dentro de la estructura organizativa que determina el grado de autoridad, responsabilidad y alcance de las decisiones de un cargo específico.
Línea o cadena de mando	Secuencia continua de autoridad que se extiende desde los niveles superiores hasta los niveles inferiores de una organización, definiendo quién reporta a quién.
Unidad de mando	Principio administrativo según el cual cada colaborador debe recibir instrucciones de un único superior jerárquico directo.
Ámbito de control	Número de colaboradores que un jefe o supervisor puede dirigir y coordinar de manera efectiva.
Departamentalización	Proceso de agrupar actividades y recursos en unidades organizativas específicas, habitualmente por servicio, especialidad o función.
Comité	Órgano colegiado, generalmente interdisciplinario, constituido para deliberar, asesorar o supervisar aspectos específicos del funcionamiento institucional (ética, calidad, infecciones, entre otros).
Subdirección o Dirección de Enfermería	Máxima instancia de conducción de la profesión de enfermería dentro de una institución de salud, responsable de la organización, gestión y coordinación de todas sus unidades.
Estructura matricial	Modelo organizativo que combina simultáneamente líneas de autoridad funcional y por proyecto o programa, generando una doble dependencia jerárquica.

Planificación estratégica y operativa de calidad

Planificación estratégica	Proceso institucional de mediano y largo plazo mediante el cual una organización define su misión, visión y objetivos, y determina los cursos de acción para alcanzarlos.
Planificación operativa	Traducción de la planificación estratégica en planes de corto plazo, con metas, actividades y responsables concretos, habitualmente de periodicidad anual.
Misión institucional	Declaración que expresa el propósito fundamental y la razón de ser de una organización o servicio de enfermería en el presente.
Visión institucional	Declaración que expresa el estado futuro deseado al que aspira una organización o servicio de enfermería en un horizonte temporal definido.
Objetivo estratégico	Meta de mediano o largo plazo, derivada de la misión y visión institucional, que orienta las decisiones y prioridades de una organización.
Política de calidad	Declaración formal de los principios, compromisos y prioridades de una institución en materia de calidad, que orienta el diseño de su sistema de gestión de calidad.
Análisis FODA	Herramienta de diagnóstico institucional que identifica fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas como insumo para la formulación de la planificación estratégica.
Plan operativo anual (POA)	Instrumento de planificación operativa que detalla, para un periodo de un año, las actividades, metas, responsables, recursos e indicadores necesarios para ejecutar la planificación estratégica.
Apropiación institucional	Grado en que el personal de una organización conoce, comprende y utiliza efectivamente las herramientas de gestión (plan estratégico, manuales de procesos, políticas de calidad) en su trabajo cotidiano.
Creación de valor en la atención	Orientación de la gestión estratégica institucional hacia resultados que sean percibidos como beneficiosos por el paciente y su familia, más allá del cumplimiento de metas puramente administrativas.

Dotación y gestión de personal

Dotación de personal	Determinación técnica de la cantidad y el perfil del personal de enfermería necesario para cubrir una unidad o servicio, en función de la carga de trabajo y la complejidad de los pacientes atendidos.
Carga de trabajo enfermero	Conjunto de exigencias físicas, mentales y afectivas que la actividad asistencial impone al profesional de enfermería durante su jornada laboral.
Ratio enfermera-paciente	Número de pacientes bajo la responsabilidad directa de una enfermera durante un turno determinado.
Sistema de Clasificación de Pacientes	Instrumento que agrupa a los pacientes según su nivel de dependencia o complejidad, con el fin de estimar de manera objetiva sus necesidades de cuidado.
Turno fijo	Modalidad de programación laboral en la que el personal mantiene de manera estable el mismo horario de trabajo (diurno, vespertino o nocturno).
Síndrome de agotamiento profesional (burnout)	Respuesta prolongada a factores estresantes crónicos del entorno laboral, caracterizada por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal.

Reclutamiento, selección, inducción y desarrollo del talento humano en enfermería

Reclutamiento	Proceso mediante el cual una institución identifica, atrae y estimula a candidatos potenciales, internos o externos, para que se postulen a una vacante de enfermería.
Selección de personal	Proceso de comparación y elección técnica entre los candidatos reclutados, orientado a identificar a la persona cuyo perfil se ajusta de mejor manera a las exigencias del puesto.

Perfil de puesto	Documento que describe las funciones, competencias, requisitos académicos y condiciones específicas de un cargo de enfermería determinado.
Entrevista por competencias	Técnica de selección que indaga, mediante preguntas sobre comportamientos pasados, la presencia de competencias específicas requeridas para el puesto.
Inducción	Proceso mediante el cual un nuevo miembro del personal recibe la orientación general y específica necesaria para comprender su rol y la organización a la que se incorpora.
Manual de inducción	Documento institucional que sistematiza la información general y específica que debe transmitirse al personal de nuevo ingreso.
Mentoría / preceptoría	Relación de acompañamiento estructurado entre un profesional experimentado y un profesional de reciente incorporación, orientada a facilitar su integración y desarrollo.
Curva de aprendizaje	Periodo durante el cual un nuevo miembro del personal incrementa progresivamente su desempeño hasta alcanzar el nivel esperado para su puesto.
Formación continua	Conjunto de actividades educativas posteriores a la formación de pregrado, orientadas a la actualización permanente de conocimientos y habilidades del profesional de enfermería.
Plan de carrera	Trayectoria formal de desarrollo profesional dentro de una institución, que vincula la formación continua, la evaluación de desempeño y la promoción a cargos de mayor responsabilidad.
Evaluación de desempeño	Proceso sistemático de valoración del rendimiento laboral de un profesional, en función de criterios previamente establecidos.

Retención del talento humano	Conjunto de estrategias institucionales orientadas a evitar la salida no deseada de personal calificado hacia otras instituciones u ocupaciones.

Dirección de equipos de enfermería

Dirección (función administrativa)	Función que orienta, motiva y conduce al equipo humano hacia el cumplimiento de los objetivos institucionales, mediante el liderazgo y la toma de decisiones cotidiana.

Motivación	Estado interno que impulsa, dirige y sostiene una conducta orientada al logro de metas específicas.
Motivación intrínseca	Motivación que surge del interés, la satisfacción o el significado personal que una persona encuentra en la actividad misma que realiza.
Motivación extrínseca	Motivación que depende de factores externos a la actividad, como el salario, el reconocimiento o las condiciones laborales.
Delegación	Proceso mediante el cual un profesional de enfermería autoriza a otra persona competente a realizar una actividad específica de cuidado, conservando la responsabilidad general de ese cuidado.
Los cinco derechos de la Delegación	Marco de referencia que evalúa si una delegación es segura a partir de la tarea, la circunstancia, la persona, la dirección/comunicación y la supervisión/evaluación correctas.
Rendición de cuentas	Obligación de responder por las propias elecciones, decisiones y acciones frente a uno mismo y frente a terceros, medida contra un estándar profesional.
Toma de decisiones clínicas	Proceso cognitivo y profesional mediante el cual el personal de enfermería selecciona un curso de acción entre varias alternativa posibles, a partir de la valoración de una situación clínica.

Pensamiento crítico	Proceso de razonamiento reflexivo orientado a decidir qué creer o qué hacer, mediante la interpretación, el análisis, la evaluación y la inferencia de la información disponible.
Juicio clínico	Conclusión razonada a la que llega un profesional de enfermería sobre el estado de un paciente y el curso de acción más adecuado, integrando conocimiento teórico y experiencia práctica.
Reconocimiento de pistas	Primera etapa del proceso de decisión clínica, en la que el profesional identifica señales relevantes en la presentación de un paciente.
Empoderamiento del equipo	Proceso mediante el cual el líder otorga autonomía, recursos y confianza a los miembros de su equipo para la toma de decisiones dentro de su ámbito de competencia

Gestión de conflictos y clima laboral

Conflicto organizacional	Situación de tensión o desacuerdo que surge cuando los intereses, valores o percepciones de dos o más partes dentro de una organización resultan incompatibles
Conflicto intrapersonal	Tensión interna que experimenta un profesional, derivada de valores, dilemas éticos o sobrecarga de exigencias en conflicto entre sí.
Conflicto interpersonal	Desacuerdo entre dos o más miembros de un equipo, habitualmente relacionado con la comunicación, los roles o las expectativas mutuas.
Conflicto intergrupal	Tensión entre unidades, turnos, disciplinas o niveles jerárquicos distintos dentro de una misma institución.
Clima organizacional / clima laboral	Percepción compartida por los miembros de una organización sobre las condiciones psicosociales y relacionales de su entorno de trabajo.
Satisfacción laboral	Perspectiva favorable o desfavorable que un trabajador tiene sobre su empleo, expresada a través del grado de concordancia entre sus expectativas y lo que el trabajo efectivamente le ofrece.
Mediación	Proceso estructurado en el que un tercero imparcial facilita la comunicación entre las partes en conflicto para ayudarlas a alcanzar un acuerdo mutuamente aceptable.

Provención	Estrategia que combina la prevención y la intervención temprana sobre un conflicto, actuando antes de que este escale a fases de mayor intensidad.
Acoso laboral	Conjunto de comportamientos hostiles, sistemáticos y sostenidos en el tiempo dirigidos contra un trabajador, con el objetivo o el efecto de intimidarlo, degradarlo o excluirlo.
Discriminación laboral	Trato desigual o desfavorable hacia un trabajador basado en características personales no relacionadas con su desempeño, como el género, el origen o la condición migratoria.
Comunicación asertiva	Estilo de comunicación que permite expresar opiniones, necesidades y desacuerdos de manera clara, respetuosa y directa, sin agresividad ni pasividad excesiva.
Cohesión de equipo	Grado de unidad, colaboración y sentido de pertenencia que comparten los miembros de un equipo de trabajo.

Comunicación organizacional y trabajo interdisciplinario

Comunicación organizacional	Conjunto de procesos mediante los cuales se genera, transmite y comparte información dentro de una institución, orientados al cumplimiento de sus objetivos.
Comunicación interna / externa	Comunicación interna: flujo de información entre los miembros de una misma organización. Comunicación externa: flujo de información entre la organización y actores fuera de ella (pacientes, familias, otras instituciones).
Comunicación formal / informal	Comunicación formal: sigue canales y procedimientos oficialmente establecidos. Comunicación informal: circula por canales espontáneos, no oficiales, entre los miembros de la organización.
Comunicación interprofesional	Intercambio de información entre profesionales de distintas disciplina de salud, orientado a coordinar la atención de un paciente o proceso asistencial

Práctica colaborativa	Proceso en el que distintos profesionales interactúan con metas y objetivos comunes en la toma de decisiones, para proporcionar una atención segura y de calidad.
SBAR (Situación, Antecedentes, Evaluación, Recomendación)	Herramienta estructurada de comunicación clínica que organiza la transmisión de información sobre un paciente en cuatro componentes secuenciales.
Traspaso de turno (handoff)	Momento crítico de transferencia de información y responsabilidad sobre el cuidado de un paciente entre un profesional saliente y uno entrante.
Barreras jerárquicas de comunicación	Obstáculos a la comunicación efectiva derivados de diferencias de estatus, autoridad o poder entre profesiones dentro de una organización de salud.
Escucha activa	Habilidad comunicativa que implica prestar atención plena al interlocutor, verificar la comprensión de lo escuchado, y responder de manera que se reconozca el mensaje recibido.
Cultura organizacional	Conjunto de valores, creencias y prácticas compartidas que caracterizan el funcionamiento de una institución y orientan el comportamiento de sus miembros.
Sesión clínica conjunta	Espacio estructurado en el que profesionales de distintas disciplinas se reúnen para discutir y decidir de manera coordinada sobre el cuidado de uno o varios pacientes.

Proyecto de inversión pública	Intervención limitada en el tiempo que utiliza recursos públicos para crear, ampliar o mejorar la capacidad de producción de bienes o servicios de una institución.
Ciclo de proyecto	Secuencia de etapas, idea, perfil, prefactibilidad, factibilidad, diseño, ejecución y evaluación, que recorre todo proyecto de inversión pública desde su concepción hasta su cierre.
Perfil de proyecto	Primer documento formal de un proyecto de inversión, que describe de manera preliminar el problema a resolver, sus alternativas de solución y una estimación inicial de costos y beneficios.
Estudio de factibilidad	Análisis técnico, económico y social que determina si un proyecto de inversión es viable de ejecutar, previo a su aprobación definitiva.
Marco lógico	Metodología de planificación que organiza los objetivos de un proyecto en niveles jerárquicos (fin, propósito, componentes, actividades), vinculados a indicadores y supuestos verificables.
Árbol de problemas	Herramienta gráfica que representa un problema central, sus causas y sus efectos, como paso previo a la formulación de un proyecto.
Árbol de objetivos	Herramienta gráfica que convierte el árbol de problemas en una estructura positiva de fines y medios, sirviendo de base para definir los objetivos del proyecto.
Matriz de marco lógico	Tabla que sintetiza el diseño de un proyecto, cruzando los niveles de objetivo (fin, propósito, componentes, actividades) con indicadores, medios de verificación y supuestos.
Dictamen de prioridad	Pronunciamiento técnico mediante el cual el ente rector de la

	planificación nacional determina si un proyecto de inversión pública es prioritario y puede continuar su trámite de aprobación
Banco de proyectos de inversión pública.	Registro oficial en el que se inscriben y actualizan los proyectos de inversión pública de un país, requisito para acceder a su financiamiento.
Evaluación ex ante / ex post	Ex ante: evaluación realizada antes de ejecutar un proyecto, para decidir sobre su viabilidad. Ex post: evaluación realizada después de su ejecución, para valorar sus resultados reales.
Tasa social de descuento	Tasa utilizada para comparar costos y beneficios de un proyecto público que ocurren en distintos momentos del tiempo, expresándolos en un valor presente comparable.
Sostenibilidad del proyecto	Capacidad de un proyecto de inversión de mantener sus beneficios y su funcionamiento en el tiempo, una vez concluida la fase de ejecución financiada.

Sistemas de información en enfermería

Sistema de información en salud	Conjunto de componentes interrelacionados que recolectan, procesan, almacenan y distribuyen información para apoyar la tod.ma de decisiones y el control de una institución de salud.
Historia clínica electrónica (HCE)	Registro digital centralizado que reúne la información clínica de un paciente generada por los distintos profesionales y servicios que participan en su atención.
Registro clínico de enfermería	Documento legal y profesional que constata las valoraciones, diagnósticos, intervenciones y resultados del cuidado brindado por enfermería a un paciente.

Interoperabilidad	Capacidad de distintos sistemas de información de intercambiar datos clínicos entre sí de forma comprensible y utilizable, con independencia de dónde fueron generados.
Lenguaje enfermero estandarizado (NANDA-NIC-NOC)	Conjunto de taxonomías que permiten nombrar de manera uniforme los diagnósticos (NANDA-I), las intervenciones (NIC) y los resultados (NOC) de enfermería dentro del registro clínico.
Continuidad del cuidado	Cualidad del cuidado que asegura que la información y las decisiones clínicas se mantengan coherentes y disponibles a lo largo de todo el proceso de atención del paciente, incluidas las transiciones entre profesionales o servicios.
Indicador de calidad del registro	Medida que permite valorar el grado de cumplimiento, exactitud o utilidad de los registros clínicos de un servicio.
Apropiación tecnológica	Uso significativo y sostenido de una tecnología por parte de sus usuarios, más allá de su disponibilidad formal o de un uso meramente obligado.
Brecha digital	Diferencia en el acceso, uso o aprovechamiento de las tecnologías de información entre distintas instituciones, regiones o grupos de profesionales.
Seguridad de la información / confidencialidad de datos	Conjunto de medidas orientadas a proteger la información clínica de accesos no autorizados, alteraciones o pérdidas.
Sistema de apoyo a la decisión clínica (CDSS)	Herramienta informática que analiza datos clínicos y ofrece alertas, recomendaciones o recordatorios que apoyan la toma de decisiones del profesional de salud.
Usabilidad	Grado en que un sistema de información puede ser utilizado por sus usuarios de manera eficiente, eficaz y satisfactoria.
Trazabilidad del registro	Capacidad de identificar con precisión quién, cuándo y cómo generó o modificó un dato dentro de un sistema de información clínica.

reunión breve de seguridad	Encuentro de cinco a quince minutos, de pie y con horario fijo, en el que el equipo anticipa riesgos del turno, revisa incidentes recientes y distribuye recursos.
Conciencia situacional compartida.	Comprensión común que tiene el equipo sobre el estado de los pacientes, la carga de trabajo y los riesgos inmediatos de la unidad.
Cultura de seguridad del paciente	. Conjunto de valores, actitudes y patrones de conducta de una organización que determinan su compromiso con la prevención del daño y su capacidad para aprender de los errores.
Gestión clínica	Enfoque de gestión que transfiere a los equipos asistenciales la responsabilidad de utilizar los recursos con criterios de efectividad, eficiencia y calidad, centrando las decisiones en el proceso asistencial del paciente.
Lista de verificación (checklist).	Instrumento estructurado que recuerda al equipo los elementos críticos que deben revisarse en un momento determinado del proceso de atención.
Plan de cuidados interdisciplinario	Documento compartido que integra los objetivos y las intervenciones de todas las disciplinas que intervienen en la atención de un paciente, con responsables y plazos explícitos.
Ronda interdisciplinaria estructurada	Reunión, generalmente diaria y a pie de cama, en la que médicos, enfermeras y otros profesionales revisan a cada paciente siguiendo un guion común y acuerdan un plan para la jornada.
Ronda de enfermería intencional.	Visita periódica y planificada de la enfermera a cada paciente para verificar dolor, posición, eliminación, alcance de objetos personales y riesgos de caída.
Seguridad psicológica	Percepción compartida de que el equipo es un espacio en el que se puede expresar una duda, una preocupación o un error sin temor a represalias ni humillación.
TeamSTEPPS	Programa basado en evidencia, desarrollado por la Agency for Healthcare Research and Quality y el Departamento de Defensa de los Estados Unidos, para entrenar habilidades de trabajo en

equipo: liderazgo, comunicación, monitorización de la situación y apoyo mutuo.

Sistemas de gestión de calidad en enfermería: normas ISO y acreditación hospitalaria

Término	Definición operativa en el capítulo
Calidad de la atención	Grado en que los servicios de salud aumentan la probabilidad de obtener los resultados deseados y son coherentes con el conocimiento profesional vigente; se expresa en dimensiones como seguridad, efectividad, oportunidad, eficiencia, equidad y atención centrada en la persona.
Sistema de gestión de calidad (SGC)	Conjunto de elementos interrelacionados de una organización (política, objetivos, procesos, recursos y responsabilidades) que se establecen para dirigirla y controlarla en lo relativo a la calidad.
Enfoque basado en procesos	Forma de gestionar una organización a partir de la identificación de sus procesos, de las relaciones entre ellos y de los resultados que cada uno debe producir.
Ciclo PHVA	Secuencia de planificar, hacer, verificar y actuar que estructura la mejora continua de un proceso o de un sistema.
Pensamiento basado en riesgos	Identificación y tratamiento anticipado de los riesgos y las oportunidades que pueden afectar el logro de los resultados previstos.
Norma ISO 9001	Norma internacional que establece los requisitos de un sistema de gestión de calidad aplicable a cualquier organización; su edición vigente es la de 2026.
Norma ISO 7101	Norma internacional publicada en 2023 que establece los requisitos de un sistema de gestión de calidad específico para organizaciones de atención de salud.
Certificación	Declaración de un organismo independiente de que un sistema, proceso o servicio cumple los requisitos de una norma, tras una auditoría externa.

Término	Definición operativa en el capítulo
Acreditación hospitalaria	Evaluación externa, generalmente voluntaria y periódica, que verifica si una organización de salud cumple un conjunto de estándares de calidad y seguridad elaborados para el sector sanitario.
No conformidad	Incumplimiento de un requisito de la norma, de un estándar o de un procedimiento interno, que exige análisis de causas y acción correctiva.
Auditoría interna	Evaluación sistemática, independiente y documentada que realiza la propia organización para comprobar si su sistema de gestión cumple los requisitos y es eficaz.
Metodología de trazadores	Técnica de evaluación utilizada en la acreditación que sigue el recorrido real de un paciente o de un proceso por la organización para verificar el cumplimiento de los estándares en la práctica.
Revisión por la dirección	Análisis periódico que realiza la alta dirección sobre el desempeño del sistema de gestión de calidad para decidir mejoras y asignar recursos.

Mejora continua: ciclo PHVA aplicado a servicios de enfermería

Término	Definición operativa en el capítulo
Mejora continua	Esfuerzo permanente y sistemático de una organización para aumentar la calidad de sus procesos y resultados mediante ciclos sucesivos de análisis, cambio y evaluación.

Término	Definición operativa en el capítulo
Ciclo PHVA	Método de mejora en cuatro fases (planificar, hacer, verificar y actuar), también conocido como ciclo de Deming o ciclo PDCA, por sus siglas en inglés.
Ciclo PDSA	Variante del ciclo de mejora en la que la tercera fase se denomina estudiar, para subrayar el aprendizaje a partir de los datos y no solo la comprobación del resultado.
Modelo para la Mejora	Marco de mejora que combina tres preguntas (qué se quiere lograr, cómo se sabrá que un cambio es una mejora y qué cambios pueden producirla) con ciclos PDSA para probar los cambios.
FOCUS-PDCA	Variante del ciclo que antepone cinco pasos preparatorios: encontrar el problema, organizar el equipo, clarificar el proceso, comprender las causas y seleccionar la mejora.
Proyecto de mejora	Conjunto planificado de actividades, con un objetivo, un equipo, un plazo y unos indicadores, destinado a resolver un problema de calidad concreto.
Análisis de causa raíz	Proceso estructurado para identificar las causas fundamentales de un problema o de un evento adverso, más allá de sus manifestaciones inmediatas.
Diagrama de causa y efecto	Herramienta gráfica, también llamada de Ishikawa o de espina de pescado, que organiza las posibles causas de un problema en categorías.
Diagrama de Pareto	Gráfico de barras ordenadas de mayor a menor que permite identificar las pocas causas que explican la mayor parte de un problema.
Gráfico de tendencia	Representación de un indicador a lo largo del tiempo, con su mediana, que permite detectar cambios en el desempeño de un proceso.
Prueba de cambio a pequeña escala	Aplicación inicial de un cambio en un ámbito reducido (un turno, una unidad, pocos pacientes) para aprender antes de extenderlo.

Término	Definición operativa en el capítulo
Estandarización	Incorporación de un cambio probado y eficaz a la forma habitual de trabajar, mediante su documentación, formación y seguimiento.
Lean	Enfoque de gestión que busca aumentar el valor para el paciente eliminando las actividades que no lo aportan, denominadas desperdicios.
Equipo de mejoramiento de la calidad	Grupo multidisciplinario de profesionales de un servicio que identifica problemas de calidad y desarrolla proyectos de mejora.

Enfermería basada en la evidencia como sustento de la toma de decisiones administrativas

Término	Definición operativa en el capítulo
Enfermería basada en la evidencia	Enfoque de la práctica que integra la mejor evidencia científica disponible, la experiencia profesional y las preferencias y valores de las personas atendidas, en un contexto determinado, para tomar decisiones sobre el cuidado.
Gestión basada en la evidencia	Toma de decisiones administrativas mediante el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia disponible procedente de varias fuentes: la investigación, los datos de la organización, la experiencia de los profesionales y los valores de los interesados.
Evidencia organizacional	Información generada en la propia institución, como indicadores, registros, notificaciones de incidentes, encuestas al personal o quejas de los usuarios, que describe la situación local.
Pregunta administrativa estructurada	Formulación precisa de un problema de gestión según componentes como población, intervención, comparación, resultados y contexto (formato PICOC).

Término	Definición operativa en el capítulo
Valoración crítica	Análisis sistemático de la validez, la relevancia y la aplicabilidad de un estudio o de un conjunto de estudios.
Revisión sistemática	Síntesis de la investigación disponible sobre una pregunta definida, mediante métodos explícitos y reproducibles de búsqueda, selección, valoración y análisis.
Revisión rápida	Forma de síntesis de la evidencia que simplifica u omite algunos pasos de la revisión sistemática para ofrecer resultados en plazos útiles para la toma de decisiones.
Certeza de la evidencia	Grado de confianza en que el efecto estimado se aproxima al efecto real; el sistema GRADE la clasifica en alta, moderada, baja o muy baja.
Modelo de práctica basada en la evidencia	Marco que orienta, por etapas, el proceso desde la identificación de un problema hasta la implantación y la evaluación de un cambio fundamentado en la evidencia.
Traslación del conocimiento	Proceso dinámico de síntesis, difusión, intercambio y aplicación del conocimiento para mejorar la atención y los sistemas de salud.
Liderazgo para la implementación	Conjunto de comportamientos de los líderes que favorecen la adopción de prácticas basadas en la evidencia, como la planificación proactiva, el conocimiento de la práctica, el apoyo y la perseverancia ante los obstáculos.
Desimplementación	Reducción o eliminación planificada de prácticas que carecen de eficacia, cuyo beneficio no compensa sus riesgos o sus costos, o que han sido superadas por otras mejores.
Atención de bajo valor	Intervenciones que aportan poco o ningún beneficio al paciente, que pueden causar daño o que consumen recursos de forma innecesaria.

Término	Definición operativa en el capítulo
Fuerza laboral de enfermería	Conjunto de profesionales de enfermería disponibles en un país o región, caracterizado por su número, su densidad, su distribución, su formación, su edad y sus condiciones de empleo.
Densidad de enfermería	Número de profesionales de enfermería por cada 10 000 habitantes; indicador básico para comparar la disponibilidad entre países y territorios.
Brecha o déficit de enfermería	Diferencia entre el número de profesionales necesarios para alcanzar las metas de cobertura y el número disponible.
Migración profesional	Desplazamiento de profesionales de enfermería entre países, por lo general desde países de ingresos bajos y medianos hacia países de ingresos altos.
Práctica avanzada de enfermería	Ejercicio profesional con formación de posgrado y competencias ampliadas para la valoración, el diagnóstico, la gestión de casos y, según la normativa, la prescripción, en ámbitos como la atención primaria o las enfermedades crónicas.
Prospectiva	Disciplina que analiza tendencias y escenarios posibles para orientar las decisiones del presente hacia un futuro deseado.
Liderazgo auténtico	Estilo de liderazgo basado en la autoconciencia, la transparencia en las relaciones, el procesamiento equilibrado de la información y una perspectiva moral interiorizada.
Liderazgo compasivo	Liderazgo que atiende, comprende, empatiza y actúa para ayudar a las personas del equipo, y que crea condiciones para su bienestar y su desempeño.
Gobernanza profesional o compartida	Modelo organizativo en el que el personal de enfermería participa, mediante consejos o comités, en las decisiones sobre la práctica, la calidad, la formación y el entorno de trabajo.

Término	Definición operativa en el capítulo
Liderazgo digital	Capacidad de los líderes para orientar la adopción, la gobernanza y la evaluación de las tecnologías digitales y de la inteligencia artificial en los servicios.
Planificación de la sucesión	Proceso sistemático de identificación y desarrollo de profesionales con potencial para ocupar puestos de liderazgo en el futuro.
Enfermería y cambio climático	Ámbito de práctica que comprende la atención de los efectos del clima en la salud, la preparación de los servicios ante eventos extremos y la reducción del impacto ambiental de la atención.

Referencias

Abdelmalik, M. A., Alhowaymel, F. M., Fadlalmola, H., Mohammaed, M. O., Abbakr, I., Alenezi, A., Mohammed, A. M., & Abaoud, A. F. (2023). Global prevalence of needle stick injuries among nurses: A comprehensive systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing, 32*(17–18), 5619–5631. https://doi.org/10.1111/jocn.16661

Acuña García, J. H., Lam Vivanco, A. M., y Espinoza Carrión, F. M. (2025). Relación entre la gestión de inventarios y disponibilidad de medicamentos en el Hospital Público Dr. Francisco Vásquez Balda de Pedernales en Manabí. *Revista Veritas de Difusão Científica, 6*(2), 175–201. https://doi.org/10.61616/rvdc.v6i2.626

Aguayo-Loyola, T., Aguilera-Wall, J., Cifuentes-Quintana, V., Arias-Jiménez, E., y Montoya-Cáceres, P. (2023).

Aguayo-Loyola, T., Aguilera-Wall, J., Cifuentes-Quintana, V., Arias-Jiménez, E., y Montoya-Cáceres, P. (2023). Estilo de liderazgo en profesionales de enfermería dentro de un sistema público. *Medicina y Seguridad del Trabajo, 69*(272), 139–148. https://doi.org/10.4321/s0465-546x2023000300002

Aiken, L. H., Sermeus, W., Lasater, K. B., Busse, R., McKee, M., Smith, H., Drennan, J., Maier, C. B., Ball, J., Dello, S., Kohnen, D., Lindqvist, R., Lerdal, A., Griffiths, P., Schaufeli, W. B., De Witte, H., Eriksson, L. E., Rafferty, A. M., Köppen, J., . . . McHugh, M. D. (2026). Magnet4Europe intervention to improve clinician and patient well-being: A quasi-experimental study of 56 hospitals in 6 European countries. Medical Care, 64(2), 50–58. https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000002257

Alomari, A. M. A., Mannethodi, K., Singh, K., Kunjavara, J., Joy, G. V., Pitiquen, E. E., & Lenjawi, B. A. L. (2024). Setting national nursing research priorities in Qatar: A Delphi survey. *Nursing Open, 11*(11), e70010. https://doi.org/10.1002/nop2.70010

Alrashdi, M. H., Quinn, B., & Clarke, S. A. (2026). Barriers and facilitators in implementing clinical practice guidelines among nurses in emergency departments and critical care units: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing, 35*(3), 1060–1078. https://doi.org/10.1111/jocn.70086

Alzate-Moreno, M., Calderón-Breñosa, B., Rodríguez-San Miguel, K., y Sarasa-Monreal, M. del M. (2025). Colaboración interprofesional en las sesiones clínicas de una Unidad de Cuidados Intensivos: percepción de enfermeras y médicos. Una revisión sistemática de

la literatura. *Enfermería Intensiva, 36*(1), 100488. https://doi.org/10.1016/j.enfi.2024.03.002

Archila-Hernández, E. D., Vergara-Escobar, O. J., Romero-Torres, M. C., y Pulido-Barragán, S. P. (2024). Facilitadores y barreras para el uso de la práctica basada en evidencia. *Ciencia y Cuidado, 21*(1), 9–22. https://doi.org/10.22463/17949831.4158

Atalla, A. D. G., El-Ashry, A. M., & Mohamed, S. M. S. (2025). The relationship between evidence-based practices' facilitators and barriers among nurses and their competencies: Self-efficacy as a mediator. *BMC Nursing, 24*, Artículo 458. https://doi.org/10.1186/s12912-025-02896-2

Bajunaid, R. M., Saeed, A., Bostaji, M., & Farsi, N. J. (2024). Hand hygiene compliance and improvement interventions in the Eastern Mediterranean Region: A systematic review and meta-analysis. *Infection Prevention in Practice, 6*(2), 100363. https://doi.org/10.1016/j.infpip.2024.100363

Barros, A. C., Menegaz, J. C., Santos, J. L., Polaro, S. H., Trindade, L. L., y Meschial, W. C. (2023). Conceitos de gestão e gerência do cuidado de enfermagem: revisão de escopo. *Revista Brasileira de Enfermagem, 76*(1), e20220020. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0020

Bedoya Paucar, M. del P., Mariños Vega, J. E., & García Paredes, J. G. (2026). Implementación de programa de telesalud en pacientes sometidos a hemodiálisis en una institución de la costa ecuatoriana: un estudio piloto. *Polo del Conocimiento, 11*(3), 3415–3430. https://doi.org/10.23857/pc.v11i3.11458

Bertocchi, L., Petrucci, C., Masotta, V., Marco Tullio, A., Jones, D., Lancia, L., & Dante, A. (2025). Standardized nursing terminologies and electronic health records: A secondary analysis of a systematic review. Healthcare, 13(16), 1952.https://doi.org/10.3390/healthcare13161952

Bhoomadevi, A., Revathy, M., Koul, A., Nithya Priya, S., Amutha, A., Ganesh, M., & Gupta, S. (2026). Sustaining quality accreditation in hospitals: A systematic review with narrative synthesis. BMC Health Services Research, 26, 982. https://doi.org/10.1186/s12913-026-14752-3

Biancamano, A. de O., Camacho, A. C. L. F., Cortez, E. A., Menezes, H. F. de, Almeida, Y. S. de, & Rocha, C. C. da M. (2024). Use of telenursing in the conservative treatment of patients with chronic renal insufficiency: Scoping review. *Revista Latinoamericana de Enfermagem, 32*, Artículo e4359. https://doi.org/10.1590/1518-8345.7013.4359

Bissett, K., Ascenzi, J., & Whalen, M. (2025). *Johns Hopkins evidence-based practice for nurses and healthcare professionals: Model and guidelines* (5.ª ed.). Sigma Theta Tau International.

Bodur, G., Cakir, H., Turan, S., Seren, A. K. H., & Goktas, P. (2025). Artificial intelligence in nursing practice: A qualitative study of nurses' perspectives on opportunities, challenges, and ethical implications. *BMC Nursing, 24*, Artículo 1263. https://doi.org/10.1186/s12912-025-03775-6

Boukhaldi, J., Kechkar, H., Errami, A., Benhsaien, I., Kamal, N., Bousfiha, A. A., & El Bakkouri, J. (2026). ISO 9001 in hospitals: A systematic review and implementation framework for clinical services in emerging countries. International Journal for Quality in Health Care, 38(1), mzag006. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzag006

Boussina, A., Shashikumar, S. P., Malhotra, A., Owens, R. L., El-Kareh, R., Longhurst, C. A., Quintero, K., Donahue, A., Chan, T. C., Nemati, S., & Wardi, G. (2024). Impact of a deep learning sepsis prediction model on quality of care and survival. *npj Digital Medicine, 7*, Artículo 14. https://doi.org/10.1038/s41746-023-00986-6

Bravo-Cedeño, E., y Vegas-Meléndez, H. (2023). Modelo de la nueva gestión pública en la administración de hospitales desde la gobernanza institucional. 593 Digital Publisher CEIT, 8(6), 317–332. https://doi.org/10.33386/593dp.2023.6.2118

Büscher, A., & Kugler, J. (2025). The effectiveness of clinical pathways in inpatient settings: An umbrella review. *Journal of Public Health, 33*(12), 2717–2730. https://doi.org/10.1007/s10389-024-02227-w

Cabrera-Ku, I. U., Domínguez-May, C. E., Sansores-Juárez, M. A., Padrón-Aké, L. P., & Pacheco-Catzím, G. C. (2024). Dotación del personal de enfermería para disminuir infecciones asociadas a atención en salud: Revisión sistemática. *Sanus, 9*, e397. https://doi.org/10.36789/revsanus.vi1.397

Cabrera-Ku, I., Domínguez-May, C., Sansores-Juárez, M., Padrón-Aké, L., y Pacheco-Catzím, G. (2024). Dotación del personal de enfermería para disminuir infecciones asociadas a atención en salud: revisión sistemática. *SANUS, 9*, e397.

Carrera Casa, M. D., y Egas Medina, F. P. (2023). Liderazgo y rol de enfermería en el equipo de salud. *RECIAMUC,7*(3), 33–43.

Cejudo-Hontiyuelo, M. C., Gonzalez-Tarrero, E. M., y Herrero-García, E. I. (2024). Documentación de las heridas quirúrgicas en los registros de enfermería. Un estudio observacional. *NURE Investigación, 21*(129). El Universo. (2023, 27 de junio). *Cuatro años tardará en implementarse agenda digital de la salud que tendrá una inversión de unos $50 millones* [Nota periodística].

Chaica, V., Marques, R., & Pontífice-Sousa, P. (2024). ISBAR: A handover nursing strategy in emergency departments, scoping review. *Healthcare, 12*(3), 399. https://doi.org/10.3390/healthcare12030399

Chen, J., Pan, L., Qiu, Y., & Jin, L. (2025). Efficacy of the PDCA cyclic care model in improving lung function and speed of recovery in children with mycoplasma pneumonia. American Journal of Translational Research, 17(3), 1792–1802. https://doi.org/10.62347/IXQM3048

Chen, W., Graham, I. D., Hu, J., Lewis, K. B., Zhao, J., & Gifford, W. (2024). Development of a training program prototype to enhance implementation leadership competencies and behaviours of Chinese unit nurse managers: A qualitative descriptive study. *BMC Nursing, 23*, Artículo 359. https://doi.org/10.1186/s12912-024-01989-8

Chicaiza Cruz, K. M., & Velasco Acurio, E. F. (2023). Carga de trabajo del personal de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. Enfermería Investiga, 8(2), 107–116.https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/2011

Cho, I., Cho, J., Hong, J. H., Choe, W. S., & Shin, H. (2023). Utilizing standardized nursing terminologies in implementing an AI-powered fall-prevention tool to improve patient outcomes: A multihospital study. *Journal of the American Medical Informatics Association, 30*, 1826–1836.

Ciudad-Gutiérrez, P., del Valle-Moreno, P., Lora-Escobar, S. J., Guisado-Gil, A. B., & Alfaro-Lara, E. R. (2023). Electronic medication reconciliation tools aimed at healthcare professionals to support medication reconciliation: A systematic review. *Journal of Medical Systems, 48*(1), 2. https://doi.org/10.1007/s10916-023-02008-0

Clark, L. (2025). Safety huddles: Improving patient safety culture. *British Journal of Nursing, 34*(7), 356–357. https://doi.org/10.12968/bjon.2025.0049

Consejo General de Enfermería. (2025, 18 de diciembre). *Aprobado el nuevo Código Ético y Deontológico de la Enfermera Española* [Nota de prensa]. Organización Colegial de Enfermería de España. https://www.consejogeneralenfermeria.org

Cordero Pincay, F., Ortega Párraga, D. N., Arreaga Solís, J., Jiménez Magallanes, K., y Anzules Meza, M. (2024).

Cordero Pincay, F., Ortega Párraga, D. N., Arreaga Solís, J., Jiménez Magallanes, K., y Anzules Meza, M. (2024). Enfermería, disciplina fundamental en el profesionalismo de las carreras sanitarias del Ecuador. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, 8(2), 7334–7348.

Correia, P., Bernardes, R. A., & Caldeira, S. (2025). Instruments for assessing nursing care quality: A scoping review. *Nursing Reports, 15*(9), 342. https://doi.org/10.3390/nursrep15090342

Cruz-López, L. N., Quintero-Osorio, J. F., Melo-Roa, J. D., & Henao-Castaño, Á. M. (2023). Carga laboral de profesionales de enfermería en unidad de cuidado intensivo según Nursing Activities Score. Revista Cuidarte, 14(1), e2680.https://doi.org/10.15649/cuidarte.2680

Doleman, G., Twigg, D., & Spetz, J. (2026). The impact of intra-hospital transfers on patient outcomes and/or hospital costs: A scoping review. *International Journal of Nursing Practice, 32*(1), e70093. https://doi.org/10.1111/ijn.70093

Enfermería, disciplina fundamental en el profesionalismo de las carreras sanitarias del Ecuador. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, 8*(2), 7334–7348.

Escobar Baldeón, C. A., y Torres Jara, A. C. (2025). Inteligencia emocional en el liderazgo y el trabajo en equipo de enfermería para la atención y seguridad del paciente. *Polo del Conocimiento, 10*(3), 2059–2081.

Escobar Conza, G. E., Zaruma Córdova, F. R., & Floreano Solano, L. M. (2025). Plan de alta de enfermería en pacientes hospitalizados del área de cirugía del Hospital Teófilo Dávila. *Enfermería Investiga, 10*(1). https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/2723

Estilo de liderazgo en profesionales de enfermería dentro de un sistema público. Medicina y Seguridad del Trabajo, 69(272), 139–148. https://doi.org/10.4321/s0465-546x2023000300002

Estrada Guayllazaca, A. J., Falcones Guanuquiza, J. A., & Orellana Pelaez, C. A. (2024). Percepción sobre cultura de seguridad del paciente en los internos de enfermería. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, 8*(3), 8985–9003. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i3.12058

European Centre for Disease Prevention and Control. (2024). *Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals, 2022–2023*. ECDC. https://www.ecdc.europa.eu/en/node/38116

Evans, L., Rennie, K., Smith, J., & Gudefin, L. (2026). CPD focus: Using the Model for Improvement to enhance the quality of patient care. Nursing Management, 33(5), e2194. https://doi.org/10.7748/nm.2026.e2194

Feller, E. A., Di Mario, S., Filomeno, L., & La Torre, G. (2023). Nursing sensitive outcomes evaluation in the emergency department: An umbrella review. *Investigación y Educación en Enfermería, 41*(3), e03. https://doi.org/10.17533/udea.iee.v41n3e03

Fraile Navarro, D., Cheyne, S., Hill, K., McFarlane, E., Morgan, R. L., Murad, M. H., Mustafa, R. A., Sultan, S., Tunnicliffe, D. J., Vogel, J. P., White, H., & Turner, T. (2023). Methods for living guidelines: Early guidance based on practical experience. Paper 5: Decisions on methods for evidence synthesis and recommendation development for living guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology, 155*, 118–128. https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2022.12.022

Freire Heredia, Y. M., & Delgado Mosquera, I. M. (2026). Calidad de atención de enfermería y satisfacción percibida de los usuarios de un hospital general en el Ecuador. *SAGA: Revista Científica Multidisciplinar, 3*(1), 361–389. https://doi.org/10.63415/saga.v3i1.353

García Hernández, M., Ruiz Fernández, I. de los Á., Bayle Mayor, A., y Sánchez Solano, M. (2024). Implementación de Enfermería Basada en la Evidencia en Atención Primaria. *Enfermería Global, 23*(1). https://doi.org/10.6018/eglobal.579041

García-Ortiz, J. M. (2024). Fortalecimiento de la calidad del servicio de salud mediante un modelo de gestión institucional. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida, 8*(15), 16–27. https://doi.org/10.35381/s.v.v8i15.3194

Garritty, C., Hamel, C., Trivella, M., Gartlehner, G., Nussbaumer-Streit, B., Devane, D., Kamel, C., Griebler, U., & King, V. J. (2024). Updated recommendations for the Cochrane rapid review methods guidance for rapid reviews of effectiveness. *BMJ, 384*, Artículo e076335. https://doi.org/10.1136/bmj-2023-076335

Ghonem, N. M. E.-S., y El-Husany, W. A. (2023). SBAR shift report training program and its effect on nurses' knowledge and practice and their perception of shift handoff communication. *SAGE Open Nursing, 9*. https://doi.org/10.1177/23779608231159340

Ghoul, I., Abdullah, A., Awwad, F., … Dardas, L. A. (2025). Safety huddle in healthcare settings: A concept analysis. *BMC Health Services Research, 25*, 393. https://doi.org/10.1186/s12913-025-12526-x

Gonzales Castillo, A. M., Oblitas Guerrero, S. M., Mosqueira Moreno, R. P., y Heredia Llatas, F. D. (2023). Liderazgo transformacional en gestión hospitalaria. Una revisión bibliográfica. Acta Médica del Centro, 17(4), 819–834.

Gonzalez-García, A., Pérez-González, S., Benavides, C., Pinto-Carral, A., Quiroga-Sánchez, E., & Marqués-Sánchez, P. (2024). Impact of artificial intelligence-based technology on nurse management: A systematic review. *Journal of Nursing Management, 2024*, Artículo 3537964. https://doi.org/10.1155/2024/3537964

Gonzalez-García, A., Pérez-González, S., Benavides, C., Pinto-Carral, A., Quiroga-Sánchez, E., y Marqués-Sánchez, P. (2024). Impact of artificial intelligence-based technology on nurse management: A systematic review. Journal of Nursing Management, 2024, Artículo 3537964. https://doi.org/10.1155/2024/3537964

Gonçalves, I., Mendes, D. A., Caldeira, S., Jesús, É., & Nunes, E. (2023). The primary nursing care model and inpatients' nursing-sensitive outcomes: A systematic review and narrative synthesis of quantitative studies. International Journal of Environmental Research and Public Health, 20(3), 2391. https://www.mdpi.com/1660-4601/20/3/2391

Gurisch, C., Kleine, J., & Maier, C. B. (2024). International models of accreditation and certification for hospitals with a focus on nursing: A scoping review. BMC Health Services Research, 24, 1385. https://doi.org/10.1186/s12913-024-11759-6

Gómez-Torres, D., Rodríguez-Medina, A., Martínez-Garduño, M. D., y Dávalos-Alcázar, A. G. (2025). Diseño de un registro clínico de enfermería para el cuidado de heridas: taxonomía y gestión. *Gerokomos, 36*(1), 69–74. https://doi.org/10.4321/s1134-928x2025000100012

Hapsari, N. I., & Chalidyanto, D. (2025). The impact of PDCA cycle implementation on nursing management in hospitals: A systematic literature review. Nursing Information Journal, 5(1), 160–171. https://doi.org/10.54832/nij.v5i1.1235

Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & Takáo Lopes, C. (Eds.). (2024). *NANDA International nursing diagnoses: Definitions and classification, 2024–2026* (13th ed.). Thieme. https://lp.thieme.de/textbook/nanda.html

Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín. (2025). *Protocolos clínicos: Tomo I* (F. Cáceres Aucatoma, D. Benalcázar, J. Erazo Mejía, & D. Hinostroza, Eds.). Editorial HCAM, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. https://hcam.iess.gob.ec/wp-content/uploads/investigacion/2025_Protocolos_clinicos_HECAM_tomo_1.pdf

Hospital General Dr. Napoleón Dávila Córdova. (2024). Plan de calidad 2024. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. https://hospitalgeneralchone.gob.ec/wp-content/uploads/2024/02/plan_de_calidad_hgndc_2024.pdf

International Council of Nurses. (2023). *Digital health transformation and nursing practice* [Declaración de posición]. https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-08/ICN%20Position%20Statement%20Digital%20Health%20FINAL%2030.06_EN.pdf

International Council of Nurses. (2025, 20 de noviembre). *ICN's World Health Assembly report underscores impact of nursing leadership in shaping global health policy*. https://www.icn.ch/news/icns-world-health-assembly-report-underscores-impact-nursing-leadership-shaping-global-health

International Organization for Standardization. (2023). Healthcare organization management: Management systems for quality in healthcare organizations: Requirements (ISO Standard No. 7101:2023). https://www.iso.org/standard/81647.html

ISO/TC 176/SC 2. (2026, 28 de septiembre). ISO 9001:2026 has been released! International Organization for Standardization. https://committee.iso.org/sites/tc176sc2/home/news/content-left-area/news-and-updates/news-2.html

Ivers, N., Yogasingam, S., Lacroix, M., Brown, K. A., Antony, J., Soobiah, C., Simeoni, M., Willis, T. A., Crawshaw, J., Antonopoulou, V., Meyer, C., Solbak, N. M., Murray, B. J., Butler, E. A., Lepage, S., Giltenane, M., Carter, M. D., Fontaine, G., Sykes, M., . . . Grimshaw, J. M. (2025). Audit and feedback: Effects on professional practice. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2025*(3), Artículo CD000259. https://doi.org/10.1002/14651858.CD000259.pub4

Iza-Mayorga, R. F., Ventura-Seclén, G. A., Mendizabal-Anticona, W. J., Saldaña-Millán, J. M., Gonzales-Vigo, M. A., y Albarrán-Gil, J. L. (2023). La gestión administrativa y los sistemas de salud. Antecedentes y perspectivas. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río, 27, e6101.

Jaramillo Verduga, M. J., & Alarcón Dalgo, C. M. de los Á. (2024). Influencia de la inteligencia artificial en el cuidado de enfermería y su reto. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, 8*(5), 985–1004. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i5.13480

Joint Commission International. (2024, 1 de julio). JCI publishes 8th edition of international accreditation standards for hospitals and academic medical centers. https://jointcommissioninternational.org/resources/news/2024/07/jci-publishes-8th-edition-of-international-accreditation-standards

Jurczuk, M., Thakar, R., Carroll, F. E., Phillips, L., van der Meulen, J., Gurol-Urganci, I., & Sevdalis, N. (2023). Design and management considerations for control groups in hybrid effectiveness-implementation trials: Narrative review & case studies. *Frontiers in Health Services, 3*, 1059015. https://doi.org/10.3389/frhs.2023.1059015

Kamel, M., Harris, N., Berry, A., Warsavage, T., Bessesen, M. T., & Kon, S. E. (2025). Implementation of a nurse-driven protocol for indwelling urinary catheter removal and novel utilization dashboard: A pre/postintervention observational study. *Therapeutic Advances in Infectious Disease, 12*. https://doi.org/10.1177/20499361251317900

Kelly, E., Propper, C., & Zaranko, B. (2024). Nursing shortages and patient outcomes (Working Paper 2024-02). Centre for Health Economics, Monash University. https://ideas.repec.org/p/mhe/chemon/2024-02.html

Koivunen, K., Kaakinen, P., Päätalo, K., Mattila, O., Oikarinen, A., Jansson, M., Mikkonen, K., Pölkki, T., Meriläinen, M., Kääriäinen, M., Holopainen, A., Tuomikoski, A.-M., & Kanste, O. (2024). Frontline nurse leaders' competences in evidence-based healthcare: A scoping review. *Journal of Advanced Nursing, 80*(4), 1314–1334. https://doi.org/10.1111/jan.15920

Koivunen, K., Kaakinen, P., Päätalo, K., Mattila, O., Oikarinen, A., Jansson, M., Mikkonen, K., Pölkki, T., Meriläinen, M., Kääriäinen, M., Holopainen, A., Tuomikoski, A.-M., y Kanste, O. (2024). Frontline nurse leaders' competences in evidence-based healthcare: A scoping review. Journal of Advanced Nursing, 80(4), 1314–1334. https://doi.org/10.1111/jan.15920

Labrague, L. J., & Cayaban, A. R. (2025). Association between patient safety culture and missed nursing care in healthcare settings: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing, 81*(11), 7992–8004. https://doi.org/10.1111/jan.16758

Lancaster, R. J., Vizgirda, V. M., Amoin, C., & Davey, K. (2026). Outcomes of professional governance in nursing: A systematic review of measurement (2014-2024). *Journal of*

Nursing Administration, 56(5), 246–255. https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000001722

Ley de Ejercicio Profesional de las Enfermeras y Enfermeros del Ecuador [Ley No. 57]. (1997, con reformas posteriores). Congreso Nacional del Ecuador.

Li, J., & Yang, D. (2024). Understanding healthcare personnel's perceptions about reducing low-value care: A scoping review. *Risk Management and Healthcare Policy, 17*, 3029–3047. https://doi.org/10.2147/RMHP.S494013

Li, L., Wang, Q., Cao, Y., Liao, L., Yang, B., & Tan, M. (2025). Effects of implementation leadership of head nurses on nurses' evidence-based pain management practices behavior. *BMC Nursing, 24*, Artículo 530. https://doi.org/10.1186/s12912-025-03140-7

Liepelt, S., & Kirchhoff, R. (2025). Hospital managers' experiences of conducting a root cause analysis: A case study following a sentinel event. *Frontiers in Health Services, 5*, 1566335. https://doi.org/10.3389/frhs.2025.1566335

Lorenzo, L. M. D., Takashi, M. H., Reis, V. dos, Cordeiro, K. J. da S., Costa, S. F., & Morais, Í. de F. M. de. (2023). Aplicabilidade da Nursing Activities Score para avaliação da carga detrabalho da enfermagem has unidades de terapia intensiva. REVISA, 12(2), 313–320.https://rdcsa.emnuvens.com.br/revista/article/view/139

Lu, X., Zhang, J., Wang, R., & Liu, X. (2025). Application value of the FOCUS-PDCA cycle in nursing care for dysphagia in patients with cerebral infarction: A meta-analysis. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, 83(6), Artículo s00451809417. https://doi.org/10.1055/s-0045-1809417

López-Ávila, A., Rivas-Riveros, E., y Campillay-Campillay, M. (2024). Orden de no reanimar y limitación del esfuerzo terapéutico: desafíos éticos en equipos sanitarios en Chile. *Salud Colectiva*. https://doi.org/10.18294/sc.2024.4821

Mackay, L. J., Lee, L., Hayden, K. A., Crawford, S., Harrison, G., Chang, U., Son, J., Chen, N., Yudkin, J., & Moore, S. (2026). Strengthening clinical nurses' research capacity: A scoping review of factors that influence nurses' engagement in clinical research. *Journal of Clinical Nursing*. Publicación anticipada en línea. https://doi.org/10.1111/jocn.70401

Mahmoodi, H. (2025). Empowering patients through effective communication: The teach-back method as a tool for health literacy. *Health Promotion Perspectives, 15*(3), 211–212. https://doi.org/10.34172/hpp.025.44214

Martinez-Reviejo, R., Tejada, S., Jansson, M., Ruiz-Spinelli, A., Ramirez-Estrada, S., Ege, D., Vieceli, T., Maertens, B., Blot, S., & Rello, J. (2023). Prevention of ventilator-associated pneumonia through care bundles: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Intensive Medicine, 3*(4), 352–364. https://doi.org/10.1016/j.jointm.2023.04.004

Martín Rivera, B. E., Clavero López, L., Gudiño Vázquez, M., Albalat Rodríguez, A., de la Matta Cantó, M., y Castillo Ayala, A. (2025). Análisis situacional de los profesionales de enfermería para el desarrollo de un plan estratégico en un hospital de alta complejidad. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. https://doi.org/10.23938/ASSN.1116

McEvoy, N. L., Kalvas, L. B., Walsh, K., & Curley, M. A. Q. (2025). The identification and characterization of nurse-sensitive outcomes in acute and critical care: A systematic review. *Nursing Outlook, 73*(2), 102379. https://doi.org/10.1016/j.outlook.2025.102379

McMahon, M., Plate, S., Herz, T., Brenner, G., Kleinknecht-Dolf, M., & Krauthammer, M. (2025). Development of a data-based method for predicting nursing workload in an acute care hospital: Methodological study. *Journal of Medical Internet Research, 27*, Artículo e66667. https://doi.org/10.2196/66667

Mediavilla-Herrera, I. (2024). Certificaciones de calidad: ¿qué son?, ¿cómo se consiguen y en qué pueden mejorar realmente la asistencia? Nutrición Hospitalaria, 41(Extra 4), 18–22. https://doi.org/10.20960/nh.05767

Michl, G., Bail, K., Turner, M., & Paterson, C. (2024). Identifying the impact of audit and feedback on the professional role of the nurse and psychological well-being: An integrative systematic review. *Nursing & Health Sciences, 26*(1), e13095. https://doi.org/10.1111/nhs.13095

Michl, G., Paterson, C., & Bail, K. (2023). "It's all about ticks": A secondary qualitative analysis of nurse perspectives about documentation audit. *Journal of Advanced Nursing, 79*(9), 3440–3455. https://doi.org/10.1111/jan.15685

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2022). *Reglamento sustitutivo del reglamento para la aprobación y seguimiento de Comités de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH) y Comités de Ética Asistenciales para la Salud (CEAS)* (Acuerdo Ministerial 00005-2022). Registro Oficial Quinto Suplemento 118, 2 de agosto de 2022.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2024). *Tamizaje y diagnóstico de la tuberculosis: Guía de práctica clínica*. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2024/06/GPC-Tamizaje-y-diagnostico-de-la-tuberculosis-2024.pdf

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2025). Acuerdo Ministerial 00068-2024: Política Nacional de Transformación Digital del Sector Salud 2024-2034. Registro Oficial, Tercer Suplemento (715). https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2025/07/Reg-Oficial-715-3er-suplemento-AM-68-2024-PNTDSS-ene6-2025.pdf

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2025). *Norma técnica de prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud (PCIAAS)* (Acuerdo Ministerial 00028-2025). https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2026/02/PREVENCION-Y-CONRTOL-IAAS-AM-00028-2025.pdf

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2025, 7 de octubre). *Ecuador fortalece la gestión hospitalaria con la implementación de la herramienta PERC en 25 hospitales del MSP* [Comunicado de prensa]. https://www.salud.gob.ec

Moorhead, S., Swanson, E., & Johnson, M. (Eds.). (2024). *Nursing outcomes classification (NOC): Measurement of health outcomes* (7th ed.). Elsevier. https://shop.elsevier.com/books/nursing-outcomes-classification-noc/moorhead/978-0-323-88252-1

Moraes, M. V. A., Almeida, Í. L. S., & Carvalho, R. E. F. L. (2023). Patient safety culture assessment before and after safety huddle implementation. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 57*, e20230270. https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0270pt

Mun, M., Park, Y., Hwang, J., & Woo, K. (2024). Types and effects of telenursing in home health care: A systematic review and meta-analysis. *Telemedicine and e-Health, 30*(9), 2431–2444. https://doi.org/10.1089/tmj.2023.0188

Nagle, L., Strudwick, G., Jeffs, L., Donelle, L., & Edwards, M. (2026). Artificial intelligence in nursing: The leadership readiness gap. *Nursing Leadership, 39*(1), 49–56. https://doi.org/10.12927/cjnl.2026.27881

. Naranjo-Hernández, Y. (2026). Florence Nightingale, la enfermera que revolucionó los hospitales: una revisión integradora. Archivo Médico de Camagüey, 29, e10776. https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/10776

Navarro Martínez, O., & Leyva Moral, J. M. (2024). Digital transformation led by nurses and nursing managers' priorities: A qualitative study. *Journal of Nursing Management, 2024*, Artículo 8873127. https://doi.org/10.1155/2024/8873127

Nole Ramón, H. A., Cruz Zambrano, O. A., & Orellana Pelaez, C. A. (2025). Percepción de enfermería de la cultura de seguridad al paciente en un hospital de Machala. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, 9*(1), 13379–13396. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i1.17031

Oner, B., Kilic, M., Cakar, V., & Karadag, A. (2025). Identification of nursing-sensitive indicators on pressure injuries/ulcers: A systematic review. *Nursing Inquiry, 32*(2), e70007. https://doi.org/10.1111/nin.70007

Organización Panamericana de la Salud. (2024, 2 de agosto). *OPS Ecuador apoya el fortalecimiento de competencias a funcionarios MSP para la elaboración de guías y protocolos basados en evidencia para mejorar la gestión del sistema de salud*. https://www.paho.org/es/noticias/2-8-2024-ops-ecuador-apoya-fortalecimiento-competencias-funcionarios-msp-para-elaboracion

Organización Panamericana de la Salud. (2025a). *El papel estratégico de los jefes de enfermería y partería de gobierno en América Latina y el Caribe*. https://iris.paho.org/handle/10665.2/66489

Organización Panamericana de la Salud. (2025b, 12 de mayo). *En el Día Internacional de la Enfermería, la OPS advierte sobre una disminución drástica de graduados de enfermería*. https://www.paho.org/es/noticias/12-5-2025-dia-internacional-enfermeria-ops-advierte-sobre-disminucion-drastica-graduados

Palencia Gutiérrez, E. M., de la Rosa Ferrera, J. M., & Rodríguez Cepeda, L. M. (2023). Evolución de la investigación en enfermería en Ecuador desde su producción científica. *Index de Enfermería, 32*(1), e13306. https://doi.org/10.58807/indexenferm20234521

Pazmiño, S. M. (2023). El daño en la responsabilidad médica y su reparación integral en Ecuador Tesis doctoral, Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.

Phuong, J. M., Higgerson, J., Pearce, E. L. T., Willis, S. C., & Schafheutle, E. I. (2026). Developing compassionate leadership in the UK in healthcare contexts: A narrative review of leadership programmes and outcomes. *Journal of Healthcare Leadership, 18*, 1–12. https://doi.org/10.2147/JHL.S585297

Piedra Mayorga, V. M., Granillo Macías, R., Vázquez Alamilla, M. A., y Rodríguez Moreno, R. (2023). Procedimiento para el reclutamiento, selección e inducción del personal: perspectivas y tendencias. *Ingenio y Conciencia*. Boletín *Científico de la Escuela Superior Ciudad Sahagún, 10*(19), 61–69. https://doi.org/10.29057/escs.v10i19.9820

Pires, G., & Ruivo, A. (2025). The safety of critically ill people in intra-hospital transport: Scoping review. *Millenium, 2*(16e), e38413. https://doi.org/10.29352/mill0216e.38413

Presidencia de la República del Ecuador. (2023). Decreto Ejecutivo 904: Reglamento General de la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales. *Registro Oficial, Tercer Suplemento* (435).

Prieto-Fuenmayor, J. R., & Carrazana-Prieto, M. del C. (2025). Proceso de atención de enfermería. Una revisión sistemática. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta, 50*(Especial), e3855. https://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/3855

Ramos, N., Loli, R., Rivas, L., y Rocha, N. (2024). Estado del liderazgo de Enfermería para la gestión de cuidado en establecimientos de salud. Revista Cubana de Enfermería, 40(1), 1–17.

Ramírez Aguilera, N. (2023). Rol del coordinador de Enfermería en las subdirecciones de gestión del cuidado. *Revista Chilena de Enfermería, 5*(2), 78–85.

Reglamento (UE) 2024/1689 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 13 de junio de 2024, por el que se establecen normas armonizadas en materia de inteligencia artificial. (2024). *Diario Oficial de la Unión Europea*, L, 2024/1689. http://data.europa.eu/eli/reg/2024/1689/oj

Ribeiro, B. M. S. S., y Meneghini, I. N. (2023). Teorías administrativas na gestão de qualidade em serviços de saúde. *Revista de Saúde Pública do Paraná, 6*(1), 1–12. https://doi.org/10.32811/25954482-2023v6n1.635

Rivas-González, N., Martín-Gil, B., & Fernández-Castro, M. (2024). Implementing best practice guidelines under the Best Practice Spotlight Organisation: Facilitators and barriers for nurses: A Delphi study. *Nursing Reports, 14*(3), 2513–2522. https://doi.org/10.3390/nursrep14030185

Rivera-González, M. A., y Ruiz-Cedeño, A. B. (2024). Asignación de recursos financieros y su incidencia en la prestación de servicios hospitalarios en el Hospital General Portoviejo IESS, ejercicios económicos: 2022 y 2023.*MQRInvestigar, 8*(4), 6033–6047. https://doi.org/10.56048/MQR20225.8.4.2024.6033-6047

Rodríguez-Suárez, C. A., González-de la Torre, H., Hernández-De Luis, M. N., Fernández-Gutiérrez, D., Martínez-Alberto, C. E., & Brito-Brito, P. R. (2023). Effectiveness of a standardized nursing process using NANDA International, Nursing Interventions Classification and Nursing Outcome Classification terminologies: A systematic review. *Healthcare, 11*, 2449.

Ross, P., Howard, B., Ilic, D., Watterson, J., & Hodgson, C. L. (2023). Nursing workload and patient-focused outcomes in intensive care: A systematic review. Nursing & Health Sciences, 25(4), 497–515. https://doi.org/10.1111/nhs.13052

Rossi, L., Butler, S., Coakley, A., & Flanagan, J. (2023). Nursing knowledge captured in electronic health records. *International Journal of Nursing Knowledge, 34*, 72–84.

Rossi, M. F., Beccia, F., Cittadini, F., Amantea, C., Aulino, G., Santoro, P. E., Borrelli, I., Oliva, A., Ricciardi, W., Moscato, U., & Gualano, M. R. (2023). Workplace violence against healthcare workers: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Public Health, 221*, 50–59. https://doi.org/10.1016/j.puhe.2023.05.021

Rotter, T., Kinsman, L. D., Alsius, A., Scott, S. D., Lawal, A., Ronellenfitsch, U., Plishka, C., Groot, G., Woods, P., Coulson, C., Bakel, L. A., Sears, K., Ross-White, A., Machotta, A., & Schultz, T. J. (2025). Clinical pathways for secondary care and the effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2025*(5), Artículo CD006632. https://doi.org/10.1002/14651858.CD006632.pub3

Sabio, M. F., Álvarez, M. Y., Lewkowicz, A., Domínguez, M. J., y Ross, E. (2025). Inclusión de personal de enfermería como miembro de los comités de ética en investigación y comités de bioética asistencial. *Bioética UNAM*, (2). https://doi.org/10.22201/pub.bioeticaunam.2025.2.22

Sakashita, C., Endo, E., Ota, E., & Oku, H. (2025). Effectiveness of nurse-led transitional care interventions for adult patients discharged from acute care hospitals: A systematic review and meta-analysis. *BMC Nursing, 24*, 379. https://doi.org/10.1186/s12912-025-03040-w

Sanaeifar, E., Houshmand, E., Moghri, J., Vejdani, M., & Tabatabaee, S. S. (2025). Requirements for evidence-based management competency in healthcare: A scoping review. *Frontiers in Public Health, 13*, Artículo 1490454. https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1490454

Sanches, V. T., Peixoto, J. J. de A., Souza, V. R. dos S., y Whitaker, M. C. O. (2024). Evolução e filosofía do gerenciamento das prácticas de enferma gem: reflexão histórico-teórica. *Cuadernos de Educación y Desarrollo, 16*(11), e6333. https://doi.org/10.55905/cuadv16n11-070

Santos, A. R., Costa, P., Figueiredo, A. R., Nunes, E., Cruchinho, P., Santos, M., & Lucas, P. (2025). Authentic leadership of nurses in the hospital: A scoping review. *Healthcare, 13*(21), Artículo 2713. https://doi.org/10.3390/healthcare13212713

Sarpong, A. A., Gent, L., Towell-Barnard, A., & Arabiat, D. (2026). Missed care prevalence and associated factors in acute care settings: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Practice, 32*(1), e70097. https://doi.org/10.1111/ijn.70097

Sate, M. R., Valencia, D. L., Ribas, J. B., Mezacapo, C. G., y Gonzalez, M. E. (2025). Competencias de enfermería en liderazgo y organización del trabajo asistencial para la gestión efectiva de recursos humanos en salud. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, 6*(3), 2927–2943. https://doi.org/10.56712/latam.v6i3.4169

Saville, C., Jones, J., Meredith, P., Dall'Ora, C., & Griffiths, P. (2025). Cost-effectiveness of eliminating hospital understaffing by nursing staff: A retrospective longitudinal study and economic evaluation. BMJ Quality & Safety. Publicación anticipada en línea. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2024-018138

Saville, C., Jones, J., Meredith, P., Dall'Ora, C., y Griffiths, P. (2025). Cost-effectiveness of eliminating hospital understaffing by nursing staff: A retrospective longitudinal study and economic evaluation. BMJ Quality & Safety. Publicación anticipada en línea. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2024-018138

Sharkiya, S. H., El Erow, F. N., Abu Hussein, F. A., Wattad, O., Dakka, F. J., Abu Jabal, B., Naamneh, R. B., & Athamny, E. (2026). Motivations and expectations of generation Z nursing students and nursing staff: A systematic review. *Africa Journal of Nursing and Midwifery*. https://doi.org/10.25159/2520-5293/18815

Shi, C., Dumville, J., Rubinstein, F., Norman, G., Ullah, A., Bashir, S., Bower, P., & Vardy, E. R. L. C. (2024). Inpatient-level care at home delivered by virtual wards and hospital at home: A systematic review and meta-analysis of complex interventions and their components. *BMC Medicine, 22*, Artículo 145. https://doi.org/10.1186/s12916-024-03312-3

Solarte Portilla, A. L., Andrade Sánchez, K., Arteaga Díaz, Y. M., y Herrera López, H. M. (2024). Aproximación general a la gestión por procesos en los servicios de salud en Latinoamérica: una revisión bibliográfica. Informes Psicológicos, 24(1), 69–89. https://doi.org/10.18566/infpsic.v24n1a05

Taneva, D. I., Gyurova-Kancheva, V. T., Kirkova-Bogdanova, A. G., Paskaleva, D. A., & Zlatanova, Y. T. (2024). Electronic nursing records: Importance for nursing and benefits of implementation in health information systems—A scoping review. *Nursing Reports, 14*, 3585–3605.

Tapia Aguilar, J. S., & Salvatierra Ávila, L. Y. (2025). Actuación de enfermería en infecciones asociadas a la atención de la salud en un centro de salud. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, 9*(2), 1867–1882. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i2.17018

Tibanquiza Nuñez, E. A., Yancha Llundo, A. B., Quintero de Contreras, A. M., y Contreras Briceño, J. I. O. (2025). Formación continua de enfermería para mejorar el cuidado de pacientes hospitalizados: una revisión integrativa. *Ciencia y Educación*, 258–271.

Toney-Butler, T. J., & Thayer, J. M. (2023). Nursing process. En *StatPearls*. StatPearls Publishing. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499937/

Treloar, E. C., Ey, J. D., Herath, M., Edwardes, N. P. R., Edwards, S., Bruening, M. H., & Maddern, G. J. (2025). Optimizing ward rounds: Systematic review and meta-analysis of interventions to enhance patient safety. *BJS, 112*(4), znaf041. https://doi.org/10.1093/bjs/znaf041

Troncoso-Pérez, D., y Villanueva-Martínez, S. (2023). Gestión del cuidado y administración de los servicios de enfermería, elementos para la mejora de la calidad. *Revista Mexicana de Enfermería, 11*, 72–

Troncoso-Pérez, D., y Villanueva-Martínez, S. (2023). Gestión del cuidado y administración de los servicios de enfermería, elementos para la mejora de la calidad. Revista Mexicana de Enfermería, 11, 72–76.

Turkowski, Y., y Turkowski, V. (2024). Florence Nightingale (1820–1910): The founder of modern nursing. Cureus, 16(8), e66192. https://doi.org/10.7759/cureus.66192

Valencia Sandoval, D., y Haro-Zea, K. L. (2024). Gestión estratégica en instituciones de salud: revisión sistemática. *Impulso, Revista de Administración, 4*(7), 185–199. https://doi.org/10.59659/impulso.v.4i7.42

van Boven, L. S., Kusters, R. W. J., Tin, D., van Osch, F. H. M., De Cauwer, H., Ketelings, L., Rao, M., Dameff, C., & Barten, D. G. (2024). Hacking acute care: A qualitative study on the health care impacts of ransomware attacks against hospitals. *Annals of Emergency Medicine, 83*(1), 46–56. https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2023.04.025

Velez, L., Costa, P., Santos, N., Inácio, M., Figueiredo, A. R., Ribeiro, S., Cruchinho, P., Nunes, E., & Lucas, P. (2026). Enhancing teamwork and patient safety through TeamSTEPPS®: A

scoping review of benefits in academic and clinical settings. *Nursing Reports, 16*(3), 79. https://doi.org/10.3390/nursrep16030079

Ventura-Silva, J., Martins, M. M., Trindade, L. de L., Faria, A. da C. A., Pereira, S., Zuge, S. S., & Ribeiro, O. M. P. L. (2024). Artificial intelligence in the organization of nursing care: A scoping review. *Nursing Reports, 14*(4), 2733–2745. https://doi.org/10.3390/nursrep14040202

Villarreal-Granda, P., Recio-Platero, A., Martín-Bayo, Y., Durantez-Fernández, C., Cárdaba-García, R. M., Pérez-Pérez, L., Madrigal, M., Muñoz-del Caz, A., Olea, E., Bahillo Ruiz, E., Jiménez-Navascués, L., & Velasco-Gonzalez, V. (2024). Models used by nurse case managers in different autonomous communities in Spain: A scoping review. *Healthcare, 12*(7), 749. https://doi.org/10.3390/healthcare12070749

Wagner, C. M., Butcher, H. K., & Clarke, M. F. (Eds.). (2024). *Nursing interventions classification (NIC)* (8th ed.). Elsevier. https://shop.elsevier.com/books/nursing-interventions-classification-nic/wagner/978-0-323-88251-4

Wilkins, T., & Daniels, A. (2025). Evaluating patient safety outcomes in structured interdisciplinary rounding versus traditional care. *Annals of Family Medicine, 23*(Suppl. 1), 8281. https://doi.org/10.1370/afm.23.s1.8281

World Health Organization. (2024). *Ethics and governance of artificial intelligence for health: Guidance on large multi-modal models*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240084759

World Health Organization. (2024). *Global patient safety report 2024*. https://www.

World Health Organization. (2024). *Global patient safety report 2024*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240095458

World Health Organization. (2024). *Global report on infection prevention and control 2024*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240103986

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

World Health Organization. (2025, 23 de mayo). *World Health Assembly endorses extension of the global digital health strategy to 2027*. https://www.who.int/news/item/23-05-2025-world-health-assembly-endorses-extension-of-the-global-digital-health-strategy-to-2027

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

World Health Organization. (2025b, 23 de mayo). *World Health Assembly endorses extension of the global digital health strategy to 2027*. https://www.who.int/news/item/23-05-2025-world-health-assembly-endorses-extension-of-the-global-digital-health-strategy-to-2027

Yumisaca León, N. V., Santillán Aguilera, B. V., & Gavino Pozo, B. A. (2025). Competencias profesionales de enfermería y enfermería basada en evidencia: Revisión sistemática de estudios. *Polo del Conocimiento, 10*(12), 1425–1453. https://doi.org/10.23857/pc.v10i12.10890

Zambrano Zambrano, E. J., y Farías Valdiviezo, M. T. (2025). Herramientas de mejora para los procesos logísticos en el sector hospitalario ecuatoriano. *Uniandes Episteme. Revista Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación, 12*(2), 237–254. https://doi.org/10.61154/rue.v12i2.3771

Zaranko, B., Sanford, N. J., Kelly, E., Rafferty, A. M., Bird, J., Mercuri, L., Sigsworth, J., Wells, M., & Propper, C. (2023). Nurse staffing and inpatient mortality in the English National Health Service: A retrospective longitudinal study. *BMJ Quality & Safety, 32*(5), 254–263. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2022

Zaranko, B., Sanford, N. J., Kelly, E., Rafferty, A. M., Bird, J., Mercuri, L., Sigsworth, J., Wells, M., & Propper, C. (2023). Nurse staffing and inpatient mortality in the English National Health Service: A retrospective longitudinal study. BMJ Quality & Safety, 32(5), 254–263.https://doi.org/10.1136/bmjqs-2022-015291

Zaranko, B., Sanford, N. J., Kelly, E., Rafferty, A. M., Bird, J., Mercuri, L., Sigsworth, J., Wells, M., y Propper, C. (2023). Nurse staffing and inpatient mortality in the English National Health Service: A retrospective longitudinal study. BMJ Quality & Safety, 32(5), 254–263. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2022-015291

Zhang, Y., Chen, X., Lao, Y., Qiu, X., Liu, K., Zhuang, Y., Gong, X., & Wang, P. (2023). Effects of the implementation of intelligent technology for hand hygiene in hospitals: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research, 25*, e37249. https://doi.org/10.2196/37249

Zhou, Y., Li, S.-J., Tang, X.-Y., He, Y.-C., Ma, H.-M., Wang, A.-Q., Pei, R.-Y., & Piao, M.-H. (2024). Using ChatGPT in nursing: Scoping review of current opinions. *JMIR Medical Education, 10*, Artículo e54297. https://doi.org/

Östergård, K., Kuha, S., & Kanste, O. (2024). Health-care leaders' and professionals' experiences and perceptions of compassionate leadership: A mixed-methods systematic review. *Leadership in Health Services, 37*(5), 49–65. https://doi.org/10.1108/LHS-06-2023-0043

Cabrera-Ku, I., Domínguez-May, C., Sansores-Juárez, M., Padrón-Aké, L., y Pacheco-Catzím, G. (2024). Dotación del personal de enfermería para disminuir infecciones asociadas a atención en salud: revisión sistemática. *SANUS, 9*, e397.

Fontova-Almató, A., Nieto-Ortiz, A., Basurto-Oña, X., Carreras-López, N., Salleras-Duran, L., y González-Boris, O. (2026). Estimación de la ratio óptima enfermera-paciente en urgencias a partir de la carga de trabajo: estudio OPTIRATIO. *Emergencias, 38*(1), 13–19.

Gutiérrez-Abarca, A., Casado-Álvarez, A., y Espinosa-Carcabilla, S. (2025). Análisis de la carga de trabajo enfermero e impacto del volumen y flujo de pacientes en una UCI quirúrgica. *Enfermería Intensiva, 36*(2).

Sánchez Onrubia, I. M., Resta Sánchez, E. J., Cabañero Contreras, T., Perona Moratalla, A. B., y Molina Alarcón, M. (2025). Bienestar, burnout

Aguayo-Loyola, T., Aguilera-Wall, J., Cifuentes-Quintana, V., Arias-Jiménez, E., y Montoya-Cáceres, P. (2023). Estilo de liderazgo en profesionales de enfermería dentro de un sistema público. *Medicina y Seguridad de Trabajo, 69*(272), 139–148. https://doi.org/10.4321/s0465-546x2023000300002

García Uribe, J. C., Vargas Ovalle, J. L., y Garcés Vélez, M. (2025). Ética en enfermería: administración segura de medicamentos y su delegación en Colombia. *RHS-Revista Humanismo y Sociedad, 13*(1), 1–17.

Saharuddin, S., Nurachmah, E., Masfuri, M., Gayatri, D., y Yona, S. (2025). Clinical decision-making in nursing in the emergency department: Systematic literature review synthesis. *Salud, Ciencia y Tecnología, 5*, 1705.

Sate, M. R., Valencia, D. L., Ribas, J. B., Mezacapo, C. G., y Gonzalez, M. E. (2025). Competencias de enfermería en liderazgo y organización del trabajo asistencial para la gestión efectiva de recursos humanos en salud. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, 6*(3), 2927–2943.https://doi.org/10.56712/latam.v6i3.4169

Zeballos González, L. J. (2025). Asociación entre factores motivacionales y desempeño laboral de profesional enfermero en dos hospitales de tercer y cuarto nivel de complejidad. *Nure Investigación, 22*(137).

Chávez Patilongo, M. L., Placencia Medina, M. D., Muñoz Zambrano, M. E., Quintana Salinas, M., y Olortegui Moncada, A. (2023). Clima y satisfacción laboral prepandemia del personal

de enfermería en un servicio de emergencia. *Revista de la Facultad de Medicina Humana, 23*(2), 101–109. https://doi.org/10.25176/RFMH.v23i2.5646

Elizalde Ordoñez, H., Almachi Camacho, D. C., Chela Yépez, G. A., y Guano Punina, R. M. (2025). Conflictos y discriminación en el campo de la enfermería: una aproximación sistemática. *Revista Inve Com, 5*(2), 1–11. https://doi.org/10.5281/zenodo.12745781

Fierro, N. L. A., Pincay, I. M. Y., Luna, L. A. T., y Mejía, J. L. S. (2024). Clima laboral del personal del área de Cuidado Intermedios Neonatales de un Hospital de Niños. *Reincisol, 3*(5), 1322–1345.

Bajunaid, R. M., Saeed, A., Bostaji, M., & Farsi, N. J. (2024). Hand hygiene compliance and improvement interventions in the Eastern Mediterranean Region: A systematic review and meta-analysis. *Infection Prevention in Practice, 6*(2), 100363. https://doi.org/10.1016/j.infpip.2024.100363

Bhoomadevi, A., Revathy, M., Koul, A., Nithya Priya, S., Amutha, A., Ganesh, M., & Gupta, S. (2026). Sustaining quality accreditation in hospitals: A systematic review with narrative synthesis. *BMC Health Services Research, 26*, 982. https://doi.org/10.1186/s12913-026-14752-3

Evans, L., Rennie, K., Smith, J., & Gudefin, L. (2026). CPD focus: Using the Model for Improvement to enhance the quality of patient care. *Nursing Management, 33*(5), e2194. https://doi.org/10.7748/nm.2026.e2194

Hapsari, N. I., & Chalidyanto, D. (2025). The impact of PDCA cycle implementation on nursing management in hospitals: A systematic literature review. *Nursing Information Journal, 5*(1), 160–171. https://doi.org/10.54832/nij.v5i1.1235

Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & Takáo Lopes, C. (Eds.). (2024). *NANDA International nursing diagnoses: Definitions and classification, 2024–2026* (13th ed.). Thieme.

Hospital General Dr. Napoleón Dávila Córdova. (2024). *Plan de calidad 2024*. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. https://hospitalgeneralchone.gob.ec/wp-content/uploads/2024/02/plan_de_calidad_hgndc_2024.pdf

ISO/TC 176/SC 2. (2026, 28 de septiembre). *ISO 9001:2026 has been released!* International Organization for Standardization.

https://committee.iso.org/sites/tc176sc2/home/news/content-left-area/news-and-updates/news-2.html

Ivers, N., Yogasingam, S., Lacroix, M., Brown, K. A., Antony, J., Soobiah, C., Simeoni, M., Willis, T. A., Crawshaw, J., Antonopoulou, V., Meyer, C., Solbak, N. M., Murray, B. J., Butler, E. A., Lepage, S., Giltenane, M., Carter, M. D., Fontaine, G., Sykes, M., . . . Grimshaw, J. M. (2025). Audit and feedback: Effects on professional practice. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2025*(3), Artículo CD000259. https://doi.org/10.1002/14651858.CD000259.pub4

Kamel, M., Harris, N., Berry, A., Warsavage, T., Bessesen, M. T., & Kon, S. E. (2025). Implementation of a nurse-driven protocol for indwelling urinary catheter removal and novel utilization dashboard: A pre/postintervention observational study. *Therapeutic Advances in Infectious Disease, 12*. https://doi.org/10.1177/20499361251317900

Lu, X., Zhang, J., Wang, R., & Liu, X. (2025). Application value of the FOCUS-PDCA cycle in nursing care for dysphagia in patients with cerebral infarction: A meta-analysis. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria, 83*(6), Artículo s00451809417. https://doi.org/10.1055/s-0045-1809417

Martinez-Reviejo, R., Tejada, S., Jansson, M., Ruiz-Spinelli, A., Ramirez-Estrada, S., Ege, D., Vieceli, T., Maertens, B., Blot, S., & Rello, J. (2023). Prevention of ventilator-associated pneumonia through care bundles: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Intensive Medicine, 3*(4), 352–364. https://doi.org/10.1016/j.jointm.2023.04.004

Mediavilla-Herrera, I. (2024). Certificaciones de calidad: ¿qué son?, ¿cómo se consiguen y en qué pueden mejorar realmente la asistencia? *Nutrición Hospitalaria, 41*(Extra 4), 18–22. https://doi.org/10.20960/nh.05767

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2025). *Norma técnica de prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud (PCIAAS)* (Acuerdo Ministerial 00028-2025). https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2026/02/PREVENCION-Y-CONRTOL-IAAS-AM-00028-2025.pdf

Moorhead, S., Swanson, E., & Johnson, M. (Eds.). (2024). *Nursing outcomes classification (NOC): Measurement of health outcomes* (7th ed.). Elsevier.

Tapia Aguilar, J. S., & Salvatierra Ávila, L. Y. (2025). Actuación de enfermería en infecciones asociadas a la atención de la salud en un centro de salud. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, 9*(2), 1867–1882. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i2.17018

Wagner, C. M., Butcher, H. K., & Clarke, M. F. (Eds.). (2024). *Nursing interventions classification (NIC)* (8th ed.). Elsevier.

Live Working EDITORIAL

Administración de los servicios de enfermería

Gestión, liderazgo y calidad del cuidado

Este libro aborda los fundamentos y las prácticas contemporáneas de la administración de los servicios de enfermería, con un enfoque orientado a la gestión eficiente, el liderazgo profesional y la mejora continua de la calidad del cuidado. A través de un análisis teórico y aplicado, se presentan estrategias, herramientas y modelos de gestión que contribuyen al fortalecimiento del desempeño organizacional, la seguridad del paciente y la humanización de la atención en los servicios de salud.

La obra está dirigida a estudiantes, docentes y profesionales de enfermería interesados en comprender la dimensión administrativa de su práctica, integrar evidencia científica en la toma de decisiones y desarrollar competencias de liderazgo que impacten positivamente en la calidad asistencial y en los resultados en salud de la población.

Sobre la autora

MSc. Blanca Gordón Díaz
Docente titular de la Universidad Politécnica Estatal de Carchi.

Live Working EDITORIAL

ISBN: 978-9907-851-11-3