

# La pirámide del cuidado enfermero (Nursing Care Pyramid): un modelo estratégico para una atención enfermera segura, eficiente y transformadora

Autores: Fernández-Sánchez, Juan David<sup>1,2</sup>, Pardo-Ibañez, M.<sup>a</sup> Dolores <sup>1</sup>, Muñoz-Serrano, M.<sup>a</sup> Teresa <sup>1</sup>, Corominas-Clemente, Cristina <sup>1</sup>, Rabanales-Sotos, Joseba <sup>2,3</sup>, López-Escribano, Alonso <sup>2</sup>, Ferreras-Fernández, M.<sup>a</sup> Ángeles <sup>4</sup>, Lozano-Hernández, Cristina M. <sup>2,5,6</sup>

<sup>1</sup> Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, C/ Hermanos Falcó nº37. 02006 Albacete. España.

<sup>2</sup> Facultad de Enfermería de Albacete, Universidad de Castilla la Mancha, 02071 Albacete, España.

<sup>3</sup> Grupo de Actividades Preventivas en el ámbito Universitario de Ciencias de la Salud (GAP-CS), Universidad de Castilla-La Mancha (UCLM), Albacete, España

<sup>4</sup> Facultad de Enfermería. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria: Islas Canarias, España.

<sup>5</sup> Research Network on Chronicity, Primary Care and Health Promotion -RICAPPS- (RICORS), Spain.

<sup>6</sup> Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IISGM), Madrid, España. CIBEREHD.

## Resumen:

La gestión de los cuidados enfermeros enfrenta una complejidad creciente debido al envejecimiento demográfico y la sofisticación tecnológica, lo que exige modelos que articulen la práctica clínica con la seguridad del paciente y el desarrollo profesional. Este artículo presenta "La Pirámide del Cuidado Enfermero" (PCE), un modelo estratégico jerárquico inspirado en Maslow y diseñado en la Gerencia de Atención Integrada de Albacete. La PCE se articula en cuatro niveles progresivos: fundamentos del cuidado (base estructural y ratios seguras), práctica clínica excelente (evidencia e innovación), bienestar y cultura organizativa, y autogestión profesional (vértice de madurez). El modelo postula que la excelencia clínica y la autorrealización son consecuencia directa de una base estructural sólida. La evidencia analizada confirma que la dotación adecuada de personal es la intervención de seguridad más coste-efectiva, mientras que programas como de implantación de guías de práctica clínica y gestión de la investigación actúan como infraestructuras de conocimiento que transforman la cultura de las unidades. Finalmente, la PCE ofrece una hoja de ruta para el liderazgo transformacional y la gobernanza profesional, integrando tecnologías emergentes para potenciar el factor humano en el cuidado.

**Palabras clave:** desarrollo del personal, gestión de la atención al paciente, gestión del personal de enfermería, liderazgo, calidad de la atención de salud, seguridad del paciente.

## Abstract:

Nursing care management currently faces unprecedented complexity due to demographic aging and constant technological sophistication, necessitating models that link clinical practice with patient safety and professional development. This article presents the "Nursing Care Pyramid" (NCP), a hierarchical strategic model inspired by Maslow's architecture and designed by the Nursing Directorate of the Integrated Care Management of Albacete. The NCP is structured into four progressive levels: foundations of care (structural base and safe staffing), excellent clinical practice (evidence and innovation), well-being and organizational culture, and professional self-management (maturity vertex). The model posits that clinical excellence and self-actualization are direct consequences of a solid, non-negotiable structural base. The analyzed evidence confirms that adequate staffing is the most cost-effective safety intervention in the healthcare system. Meanwhile, programs focused on the implementation of clinical practice guidelines and research management serve as knowledge infrastructures that transform unit culture. Ultimately, the NCP provides a roadmap for transformational leadership and professional governance, integrating emerging technologies to enhance the human factor in nursing care.

**Keywords:** leadership, nursing staffing, patient care management, patient safety, quality of health care, staff development.

La gestión de los cuidados enfermeros en la actualidad se sitúa en un entorno de complejidad sin precedentes, donde la demanda de atención crece de forma exponencial debido al envejecimiento demográfico, la cronificación de

patologías y una sofisticación tecnológica constante que exige una adaptación técnica y ética permanente. En este escenario, resulta imperativo trascender los modelos de gestión puramente administrativos para adoptar marcos

conceptuales que articulen la práctica clínica con la seguridad del paciente y el desarrollo humano del profesional. El modelo de "La Pirámide del Cuidado Enfermero" (PCE) o "Nursing Care Pyramid" (NCP) surge como una propuesta estratégica propia y escalable, diseñada desde la Dirección de Enfermería de la Gerencia de Atención Integrada de Albacete, que busca organizar las necesidades profesionales y organizativas de los cuidados de manera jerárquica y evolutiva. Este modelo se inspira en la arquitectura de la pirámide de necesidades de Maslow, pero se aplica estrictamente al ecosistema de los cuidados enfermeros, postulando que la excelencia clínica y la autorrealización profesional no son eventos aislados, sino la consecuencia directa de una base estructural sólida, estable y no negociable (Griffiths et al., 2019).

La pirámide se articula en cuatro niveles progresivos e interdependientes que guían el crecimiento de una unidad de cuidados, desde sus cimientos hasta su máximo potencial de valor añadido (Figura 1).

El primer nivel, denominado fundamentos del cuidado, constituye la base sobre la cual se sustenta la seguridad y eficacia de cualquier intervención. El segundo nivel, la práctica clínica excelente, despliega el conocimiento basado en la evidencia tras haber asegurado las condiciones estructurales mínimas. El tercer nivel, bienestar y cultura organizativa positiva, aborda la dimensión humana y el compromiso del equipo. Finalmente, el vértice, autogestión y autorrealización

profesional, representa el estado de madurez donde los equipos operan con autonomía y liderazgo transformacional (Griffiths et al., 2019).

El análisis exhaustivo de la bibliografía científica de los últimos tres años (2023-2026) confirma que la fragmentación de estos niveles o el intento de alcanzar la excelencia sin consolidar la base estructural conduce inevitablemente al fracaso organizativo, al burnout profesional y al deterioro de la seguridad del paciente (Boudreau & Rhéaume, 2024).

## 1. Nivel 1. Fundamentos del cuidado: la arquitectura de la seguridad y el tiempo asistencial

La base estructural de la pirámide representa las condiciones esenciales para que el cuidado enfermero sea viable. Este nivel integra la dotación adecuada de personal, la sistematización de protocolos basados en la evidencia, el liderazgo compartido, la comunicación interprofesional y, fundamentalmente, la gestión eficiente del tiempo asistencial (Brooks Carthon et al., 2019). La evidencia científica reciente subraya que cuando estos fundamentos fallan, se desencadena un fenómeno de "erosión de la seguridad", donde la carga de trabajo excesiva obliga a la racionalización de los cuidados, produciendo lo que se conoce internacionalmente como cuidados de enfermería omitidos (missed nursing care o MNC) (Alanazi et al., 2023).



Figura 1. Pirámide del Cuidado Enfermero. (elaborado por la Dirección de Enfermería del GAI Albacete)

### 1.1 La ratio enfermera-paciente como determinante crítico de resultados

La dotación de personal no debe entenderse como un recurso contable, sino como un pilar clínico de primer orden. Los últimos estudios de impacto publicados demuestran una relación causal robusta entre la ratio enfermera-paciente y los resultados de salud sensibles a la enfermería, como la mortalidad, las lesiones por presión (LPP) y las caídas (Elmdni, 2025). En España, el análisis realizado en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA) entre 2018 y 2023 sobre una muestra de 113,117 pacientes, ha cuantificado esta relación con precisión estadística (Fernández-Sánchez et al., 2025). Este estudio identificó correlaciones significativas ( $\rho$  de Spearman  $>0.4$   $p < 0.001$ ) entre la ratio de 24 horas y la incidencia de eventos adversos graves. El análisis de regresión lineal reveló que por cada punto que se incrementa la ratio enfermera-paciente (es decir, por cada paciente adicional asignado a la enfermera), la probabilidad de que se desarrolle una lesión por presión intrahospitalaria aumenta un 1,94% a nivel global, llegando al 2,81% en unidades de hospitalización médica. Este impacto se atribuye a que las LPP son prevenibles en un 95% mediante intervenciones directas como cambios posturales y vigilancia de la piel, tareas que son las primeras en omitirse ante la sobrecarga de trabajo (Castiblanco Montañez et al., 2024).

A nivel internacional, los hallazgos son coincidentes. En unidades de cuidados intensivos (UCI), una dotación segura se asocia con una reducción del 14% en la mortalidad hospitalaria y una mejora del 20% en la prevención de infecciones (Elmdni, 2025). En unidades de cirugía general, cada paciente adicional en la carga de trabajo de una enfermera aumenta el riesgo de muerte a los 30 días en un 7%. Estos datos sustentan la necesidad de establecer umbrales de seguridad crítica. La Royal College of Nursing (RCN) de Reino Unido ha posicionado el límite de seguridad en 8 pacientes por enfermera en unidades de agudos, advirtiendo que superar esta cifra eleva el riesgo de daño irreparable de forma significativa (Ball & Griffiths, 2022).

### 1.2 Percepción de adecuación y racionalización de cuidados

Más allá de los números objetivos, la medida subjetiva de la percepción de adecuación de la plantilla (PAS) ha emergido como un indicador de gran validez para predecir la calidad del cuidado. La PAS no solo refleja la cantidad de personal, sino el ajuste entre las competencias de las enfermeras y las necesidades de complejidad

(agudeza) de los pacientes (Van der Mark et al., 2021). Un estudio multicéntrico en cuatro países sugiere que la exposición a un solo día de alta carga de trabajo incrementa sustancialmente el riesgo de muerte en pacientes críticos, lo que subraya la importancia de la estabilidad diaria de la plantilla (Bachnick et al., 2024).

Cuando la dotación es inadecuada, el profesional entra en un proceso de racionalización de los cuidados de Enfermería. La investigación vincula esta racionalización con la insatisfacción laboral y el agotamiento emocional (Salvagioni et al., 2017). La evidencia indica que sustituir enfermeras profesionales (Registered Nurses) por personal auxiliar de menor cualificación no ahorra costes, sino que los incrementa debido al aumento de las estancias hospitalarias, las readmisiones y las complicaciones. Por tanto, la base de la pirámide requiere una inversión en capital humano especializado para garantizar la sostenibilidad económica y clínica del sistema (Lasater et al., 2021).

### 1.3 Instrumentos de medida y validación: el papel del IWPS-R

Para gestionar este nivel, es fundamental el uso de herramientas validadas. El cuestionario "Individual Workload Perception Scale-Revised" (IWPS-R) se ha consolidado como un estándar para medir la percepción de carga de trabajo y el apoyo gestor. En el contexto español, las dimensiones del apoyo gestor han mostrado puntuaciones positivas en centros que aplican el modelo de la pirámide del cuidado. Por ejemplo, la capacidad de dirigirse al responsable ante incidencias obtuvo una media de 4,12 sobre 5. El IWPS-R permite evaluar cinco dimensiones críticas: apoyo administrativo, apoyo de los compañeros, apoyo de la unidad, carga de trabajo e intención de permanecer (Fernández-Sánchez et al., 2026). La validación de esta escala en diversos idiomas y contextos (incluyendo Portugal, Taiwán y Turquía) refuerza su utilidad para comparar climas laborales a nivel internacional y monitorizar cómo las reformas organizativas impactan en el bienestar profesional (Özyürek & KILIÇ, 2022).

## 2. Nivel 2. Práctica clínica excelente: la cultura de la evidencia y la innovación

Una vez que la estructura básica garantiza la seguridad, la pirámide permite ascender al segundo nivel, donde la enfermería despliega todo su potencial científico. Este estadio se caracteriza por la aplicación sistemática de Guías de Práctica Clínica (GPC), el registro exhaustivo

de cuidados seguros, el desarrollo de competencias avanzadas y el fomento de la investigación e innovación clínica. En este nivel, la enfermera deja de ser una ejecutora de tareas para convertirse en una líder del conocimiento asistencial.

## **2.1 El programa BPSO y la ciencia de la implantación**

El modelo BPSO (Best Practice Spotlight Organization), impulsado por la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), constituye el marco de referencia mundial para alcanzar la excelencia clínica. En España, coordinado por el Instituto de Salud Carlos III, este programa ha demostrado que la adhesión rigurosa a las GPC mejora drásticamente los indicadores de salud (Grinspun, 2023). Un estudio reciente en un hospital público español confirmó que la implantación de GBPs liderada por centros BPSO mejoró tanto los indicadores de proceso como los de resultado (Arredondo-Provecho et al., 2024). Por ejemplo, en el manejo de úlceras por presión, no solo se redujo la incidencia, sino que se integró la reevaluación sistemática del riesgo como una práctica común, pasando de un escaso 4,9% de cumplimiento inicial a un 37,5% tras la implantación (Quiñoz Gallardo et al., 2023). Internacionalmente, centros BPSO en Chile y Colombia reportan beneficios similares en el manejo del dolor y la nutrición perioperatoria, subrayando que el éxito reside en la figura de los "champions" o impulsores de buenas prácticas, enfermeras de primera línea que lideran el cambio entre sus pares (Xie et al., 2025).

## **2.2 El Nursing Research Challenge (NRC): rompiendo la brecha de la investigación**

La investigación enfermera ha sido históricamente un reto debido a la falta de tiempo, recursos y apoyo institucional. El proyecto "Nursing Research Challenge" (NRC), promovido por la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE), se presenta como una herramienta potente para transformar esta realidad.<sup>27</sup> El NRC propone un marco donde cada institución se compromete a implementar al menos 12 de 43 acciones de mejora diseñadas para fomentar la capacidad investigadora.

Los resultados a medio plazo en hospitales de tercer nivel en España son altamente alentadores. Tras un año de implementación, se registró un aumento significativo en las dimensiones de conocimiento (+0.20) y uso de recursos investigadores (+0.22) entre el personal de enfermería (Vázquez-Calatayud et al., 2024). Las enfermeras de los centros participantes se

involucraron en actividades de investigación, quienes otorgaron una puntuación media de 4,6 sobre 5 al impacto del proyecto en su desarrollo profesional. El NRC ha permitido consolidar redes de investigación nacionales y posicionar a la enfermera como agente clave en la innovación en salud, integrando la evidencia en el día a día asistencial, además de facilitar que las enfermeras den voz a las necesidades específicas de los pacientes, convirtiendo la investigación en un acto de cuidado humanizado y eficiente.

## **2.3 Educación y desarrollo de competencias avanzadas**

La práctica excelente requiere un compromiso con la formación continua y el aprendizaje permanente. La bibliografía destaca que las organizaciones con un mayor porcentaje de enfermeras con grado de Bachelor of Science in Nursing (BSN) o posgrados especializados presentan menores tasas de mortalidad hospitalaria (Dall'Ora et al., 2022). En este sentido, la docencia no debe limitarse a la transmisión de técnicas, sino al fomento de un "espíritu de indagación" (Bournes, 2013). La integración de tecnologías digitales en la práctica clínica también forma parte de este nivel. La RNAO ha lanzado guías para fomentar el fortalecimiento de la práctica profesional en el contexto de entornos de salud digital, abordando desde el uso de registros electrónicos hasta el soporte a la decisión mediante inteligencia artificial. Los educadores y líderes de sistemas de salud deben trabajar para que la enfermería lidere el uso ético y clínico de estas herramientas, asegurando que la tecnología sea un facilitador y no una barrera para el cuidado relacional (Bailey et al., 2026).

## **3. Nivel 3. Bienestar y cultura organizativa positiva: el núcleo humano del cuidado**

El tercer nivel de la pirámide aborda la dimensión subjetiva y el entorno relacional de la organización. El modelo plantea que cuando la práctica clínica se alinea con el conocimiento científico y las condiciones laborales son favorables, se genera una sinergia que produce satisfacción profesional, sentimiento de pertenencia y compromiso con la mejora continua. La cultura organizativa no es un factor periférico, sino un predictor clave de la retención del talento y de la calidad de los resultados clínicos. El burnout en enfermería es una crisis global que amenaza la sostenibilidad de los sistemas sanitarios. La investigación de los últimos años indica que los factores ambientales

son los predictores más fuertes del agotamiento, superando incluso las características individuales de resiliencia (Lucas et al., 2025).

Un estudio en unidades de cuidados críticos reveló que el 34,2% de las enfermeras tiene intención de abandonar su puesto de trabajo, siendo la angustia moral un factor determinante: las profesionales que la experimentan con frecuencia tienen un riesgo 2,8 veces mayor de querer renunciar (Slijepčević et al., 2026) . El agotamiento emocional se correlaciona negativamente con el entorno de práctica ( $r=-0.34$ ), lo que significa que a medida que mejora la calidad del entorno, disminuye el riesgo de burnout (Lucas et al., 2025). Implementar medidas y guías de práctica clínica para garantizar entornos laborales saludables proporciona el marco de evidencia necesario para pasar de una gestión puramente operativa a una centrada en el capital humano (RNAO, 2008).

### 3.1 Estrategias de retención y el concepto de magnetismo

La creación de una cultura positiva requiere estrategias proactivas. Un metaanálisis reciente identificó que las intervenciones más efectivas para retener enfermeras incluyen programas de mentoría (que aumentan la retención en un 17%) y la existencia de una escalera profesional (clinical ladder) que reconozca la competencia avanzada (reduciendo la rotación en un 11%) (Kiptulon et al., 2025).

Los hospitales que ostentan el reconocimiento "Magnet" representan el modelo de éxito en este nivel. Estas organizaciones se caracterizan por atraer y retener talento profesional mediante el empoderamiento, la comunicación abierta y el reconocimiento de la excelencia (Chiminelli-Tomás et al., 2025). En España, la adopción de principios de magnetismo está ganando tracción, reconociendo que hospitales con mejores entornos de trabajo tienen tasas de mortalidad un 12% menores y una estancia media más corta

(Turi et al., 2026).

### 3.2 La importancia del compromiso (engagement)

El engagement se define como un estado mental positivo, satisfactorio y relacionado con el trabajo, caracterizado por el vigor, la dedicación y la absorción (Chiminelli-Tomás et al., 2025) . Es el antídoto directo al burnout. Para fomentar el engagement es necesario un liderazgo auténtico y transformador, donde los líderes que actúan como modelos a seguir y que consideran las necesidades de crecimiento individual de sus equipos. Ese crecimiento necesita reconocimiento real y no solo económico, mediante la visibilidad de los logros clínicos y científicos de las enfermeras. Otra característica para fomentar el engagement es la justicia organizativa, donde los procesos son transparentes y equitativos en la toma de decisiones y el reparto de cargas (Chiminelli-Tomás et al., 2025; Emiralioglu, 2025).

Cuando la organización cuida a quienes cuidan, se produce un efecto multiplicador: las enfermeras comprometidas reportan mayor satisfacción del paciente y menores incidencias de cuidados omitidos, creando un círculo virtuoso de calidad y bienestar (Szkup et al., 2026).

### 4. Nivel 4. Autogestión y autorrealización profesional: el vértice de la transformación.

En la cima de la pirámide se alcanza el máximo potencial de la unidad de hospitalización. Este nivel se manifiesta cuando confluyen una estructura sólida, conocimiento experto, una cultura de bienestar y un liderazgo que permite a los equipos tomar las riendas de su propia práctica. La autogestión y la autorrealización no implican ausencia de supervisión, sino una madurez profesional donde las decisiones clínicas y organizativas se toman de forma autónoma basándose en el propósito y la evidencia.

| Atributo   | Gobernanza Compartida                 | Gobernanza Profesional                       |
|------------|---------------------------------------|----------------------------------------------|
| Enfoque    | Participación del staff en decisiones | Propiedad y rendición de cuentas profesional |
| Estructura | Consejos de enfermería                | Marco colaborativo interprofesional          |
| Motor      | Liderazgo distribuido                 | Autonomía y responsabilidad ética            |
| Resultado  | Satisfacción y compromiso             | Transformación de resultados de salud        |

Tabla 1. Atributos, Gobernanza Compartida y Gobernanza Profesional

#### 4.1 De la gobernanza compartida a la gobernanza profesional

El mecanismo operativo de este nivel es la evolución de los modelos de gobernanza. Mientras que la "Gobernanza Compartida" (Shared Governance) se ha centrado durante décadas en la participación de las enfermeras en consejos y comités, el concepto emergente de "Gobernanza Profesional" (Professional Governance) profundiza en la propiedad de la práctica y la responsabilidad social de la profesión (A.N.A, 2025). Véase tabla 1.

La transición hacia la gobernanza profesional representa un cambio cultural desde el "cumplimiento" hacia el "protagonismo". Los equipos de enfermería asumen la autoridad para definir protocolos, gestionar recursos y evaluar sus propios resultados mediante indicadores sensibles a la enfermería. Estudios recientes demuestran que las enfermeras involucradas en modelos de gobernanza profesional reportan niveles significativamente más altos de empoderamiento estructural y psicológico, tras la implementación del modelo (Lott & Partridge, 2025).

#### 4.2 Liderazgo transformacional

En este nivel vértice, el estilo de liderazgo debe mutar. Ya no es suficiente el liderazgo transaccional basado en premios y castigos; se requiere un liderazgo transformacional que inspire una visión compartida y estimule intelectualmente a los equipos para cuestionar el statu quo. Además, en entornos de alta incertidumbre y complejidad, surge el concepto de "liderazgo cuántico", basado en el pensamiento sistémico, la agilidad y la capacidad de orquestar el cambio en redes descentralizadas (Porter-O'Grady, 2026).

Los líderes transformacionales en enfermería son aquellos que fomentan la influencia idealizada, siendo referentes de práctica ética y científica, promueven la motivación inspiradora, alineando los objetivos de la unidad con el propósito vital de cuidar, y practican la consideración individual, reconociendo que cada enfermera tiene un camino de autorrealización diferente.

La autogestión permite que la innovación nazca desde el pie de cama (bottom-up). Cuando los equipos se sienten autorrealizados, proponen soluciones creativas a problemas cotidianos. Ejemplos detectados en centros con alta madurez organizativa incluyen el diseño de "batas adaptadas" para mejorar la autonomía del paciente post-UCI, la reducción de suspensiones

quirúrgicas mediante controles preoperatorios liderados por enfermería, y el uso de realidad virtual para mitigar la ansiedad prequirúrgica. Estas innovaciones no solo mejoran la experiencia del paciente, sino que refuerzan la identidad de la enfermera como una disciplina científica esencial y autónoma (Tíscar-González et al., 2025).

#### 5. Integración de tecnologías emergentes y futuro del cuidado

El modelo de la Pirámide del Cuidado (Care Pyramid) no puede ignorar la revolución tecnológica que está redefiniendo la sanidad. La inteligencia artificial (IA), la robótica y el análisis masivo de datos (Big Data) deben integrarse transversalmente en todos los niveles del modelo para potenciar, y no sustituir, el factor humano (Bailey et al., 2026).

En el nivel de los fundamentos del cuidado, la IA permite transitar de ratios fijas a modelos de dotación dinámicos basados en la complejidad real de los pacientes en cada momento. El uso de algoritmos predictivos puede alertar sobre picos de carga de trabajo antes de que se produzca el "cuidado omitido", permitiendo una redistribución proactiva de recursos (Cisternas-Caneo et al., 2025).

En el nivel de la Práctica Excelente, los Sistemas de Soporte a la Decisión Clínica (CDSS) integrados en la historia clínica electrónica facilitan la aplicación de las GBPs, proporcionando recordatorios basados en la evidencia en el momento preciso de la intervención (Chen et al., 2025). Por ejemplo, modelos de aprendizaje automático ya son capaces de predecir con alta precisión el riesgo de sepsis o de deterioro clínico precoz, lo que empodera a la enfermera para liderar equipos de respuesta rápida (Al-Ghareeb et al., 2024).

El futuro del cuidado se extiende más allá de las paredes del hospital. La cronicidad exige modelos de seguimiento remoto donde la enfermera utiliza plataformas digitales para la gestión de casos complejos (Bailey et al., 2026). La bibliografía reciente destaca la eficacia de programas de seguimiento telefónico mediante IA para pacientes con asma grave o insuficiencia cardíaca, demostrando una mejora en la adherencia al tratamiento y una reducción en las hospitalizaciones no programadas (Cook et al., 2024). Estas herramientas refuerzan la autogestión del paciente, alineándose con el objetivo de autorrealización tanto del profesional como de la persona cuidada.

#### 6. Conclusiones y aplicación para la práctica clínica.

El modelo de la Pirámide del Cuidado Enfermero (PCE) se consolida como un marco estratégico e integral indispensable para abordar la crisis actual de la profesión desde una perspectiva sistémica. Basándose en una revisión de la evidencia científica reciente y en la experiencia de implantación, se extraen las siguientes conclusiones clave:

- La prioridad absoluta de la base estructural, ya que no se puede alcanzar la excelencia clínica ni el bienestar profesional si no se garantizan las condiciones mínimas de seguridad. Los esfuerzos de gestión e investigación deben focalizar su prioridad en demostrar que una dotación adecuada de personal (ratio enfermera-paciente) no es un coste, sino la intervención de seguridad más coste-efectiva del sistema sanitario.
- La eficacia operativa de los modelos de excelencia como son los programas como BPSO® (RNAO) y NRC y que no deben ser considerados meros sellos de calidad, sino auténticas infraestructuras de conocimiento que transforman la cultura de las unidades. La evidencia confirma que la implantación sistemática de Guías de Buenas Prácticas reduce significativamente los eventos adversos y eleva la competencia percibida de los profesionales.
- El entorno de práctica como predictor crítico de retención: La fidelización del talento enfermero no depende de incentivos aislados. Requiere una estrategia dual y simultánea:
  - a. Establecer un entorno de salud laboral, seguridad y bienestar (enfoque higiénico/defensivo) sustentado en los estándares de la American Association of Critical-Care Nurses (AACN) y la Guía de Práctica Clínica de la RNAO sobre Entornos Laborales Saludables. Este nivel es fundamental para mitigar el burnout y la intención de abandono mediante un apoyo gestor visible, el reconocimiento y la justicia organizativa.
  - b. Implementar un enfoque holístico de desarrollo (enfoque proactivo/aspiracional) basado en el desarrollo y sostenimiento del liderazgo enfermero, que posibilite el desarrollo de la capacidad profesional. Este eje debe fomentar activamente la autonomía, la búsqueda de la excelencia asistencial y el ejercicio de un liderazgo transformacional.

La gobernanza profesional como cima de la autorrealización: El máximo potencial de la profesión se alcanza mediante la transición de modelos jerárquicos tradicionales hacia modelos de gobernanza profesional. En este estadio, la enfermera asume la propiedad real de su práctica

y participa activamente en la toma de decisiones estratégicas de la organización.

Para los líderes y gestores de enfermería, la PCE constituye una hoja de ruta esencial para redefinir la carrera profesional. Permite visualizar que el rol enfermero en el siglo XXI es inherentemente clínico, gestor e investigador. Finalmente, este modelo enfatiza que la seguridad del paciente y el bienestar del profesional son dos caras inseparables de la misma moneda, y que solo a través de un liderazgo basado en el conocimiento se puede transformar la realidad de los cuidados, avanzando hacia una enfermería más segura, humana y profundamente comprometida con la excelencia científica.

## Referencias

1. Alanazi, F. K., Lapkin, S., Molloy, L., & Sim, J. (2023). Safety culture, quality of care, missed care, nurse staffing and their impact on pressure injuries: A cross-sectional multi-source study. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 5, 100125. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2023.100125>
2. Al-Ghareeb, S. S., Al-Kuraishy, H. M., Al-Gareeb, A. I., Alexiou, A., & Papadakis, M. (2024). The Impact of Semaglutide on Body Composition and Metabolic Parameters in Patients with Type 2 Diabetes: A Real-World Study. *The Review of Diabetic Studies*, 20(1), 32–45. <https://diabeticstudies.org/index.php/RDS/article/view/1327/1168>
3. A.N.A., A. A. N. (2025). Considerations in Professional Governance. American Nurses Association (ANA).
4. Arredondo-Provecho, A. B., Martínez-Piédrola, M., Guadarrama-Ortega, D., Morales-Guijarro, A. M., Ruiz-Luján, V., & Acevedo-García, M. (2024). Impacto de la implantación del programa internacional de Guías de Buenas Prácticas (BPSO®) en los resultados de salud en un hospital público. *Journal of Healthcare Quality Research*, 39(5), 306–314. <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2024.06.006>
5. Bachnick, S., Unbeck, M., Ahmadi Shad, M., Falta, K., Grossmann, N., Holle, D., Bartakova, J., Musy, S. N., Hellberg, S., Dillner, P., Atoof, F., Khorasanizadeh, M., Kelly-Pettersson, P., & Simon, M. (2024). TAILR (Nursing-Sensitive Events and Their Association With Individual Nurse Staffing Levels) Project: Protocol for an International Longitudinal Multicenter Study. *JMIR Research Protocols*, 13, e56262. <https://doi.org/10.2196/56262>
6. Bailey, L., Howitt, L., Nizum, N., Buchanan, C., Charlebois, M., & Yoon, J. (2026). Developing a Best Practice Guideline for Clinical Practice in a Digital Health Environment: Systematic Reviews Based on the Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluation Approach. *JMIR Nursing*, 9, e74942–e74942. <https://doi.org/10.2196/74942>
7. Ball, J. E., & Griffiths, P. (2022). Consensus Development Project (CDP): An overview of staffing for safe and effective nursing care. *Nursing Open*, 9(2), 872–879. <https://doi.org/10.1002/nop2.989>
8. Boudreau, C., & Rhéaume, A. (2024). Impact of the Work Environment on Nurse Outcomes: A Mediation Analysis. *Western Journal of Nursing Research*, 46(3), 210–218. <https://doi.org/10.1177/01939459241230369>

9. Bournes, D. A. (2013). Cultivating a Spirit of Inquiry using a Nursing Leading-Following Model. *Nursing Science Quarterly*, 26(2), 182–188. <https://doi.org/10.1177/0894318413477154>
10. Brooks Carthon, J. M., Hatfield, L., Plover, C., Dierkes, A., Davis, L., Hedgeland, T., Sanders, A. M., Visco, F., Holland, S., Ballinghoff, J., Del Guidice, M., & Aiken, L. H. (2019). Association of Nurse Engagement and Nurse Staffing on Patient Safety. *Journal of Nursing Care Quality*, 34(1), 40–46. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000334>
11. Castiblanco Montañez, R. A., Lancheros Umbarila, D. S., Trespalacio Roza, J. L., Bonilla Pinzón, L. C., Leal Tuta, M. F., & Moreno Ramirez, V. (2024). Cuidados de enfermería para prevenir las úlceras por presión durante la estancia hospitalaria. *Revista Repertorio de Medicina y Cirugía*, 33(2), 124–135. <https://doi.org/10.31260/RepertMedCir.01217372.1311>
12. Chen, S., Wang, J., Zhi, H., & Zhang, H. (2025). Evidence-based practices for prevention and management of medical device alarm fatigue in anesthesia professionals. *Frontiers in Medicine*, 12. <https://doi.org/10.3389/fmed.2025.1551222>
13. Chiminelli-Tomás, V., Tutte-Vallarino, V., Ferreira-Umpiérrez, A., Hernández-Morante, J. J., & Reche-García, C. (2025). Impact of Nursing Practice Environments in Work Engagement and Burnout: A Systematic Review. *Healthcare*, 13(7), 779. <https://doi.org/10.3390/healthcare13070779>
14. Cisternas-Caneo, F., Santamera-Lastras, M., Barrera-García, J., Crawford, B., Soto, R., Brante-Aguilera, C., Garcés-Jiménez, A., Rodríguez-Puyol, D., & Gómez-Pulido, J. M. (2025). Application of Metaheuristics for Optimizing Predictive Models in iHealth: A Case Study on Hypotension Prediction in Dialysis Patients. *Biomimetics*, 10(5), 314. <https://doi.org/10.3390/biomimetics10050314>
15. Cook, D., Peters, D., Moradbakhti, L., Su, T., Da Re, M., Schuller, B. W., Quint, J., Wong, E., & Calvo, R. A. (2024). A text-based conversational agent for asthma support: Mixed-methods feasibility study. *DIGITAL HEALTH*, 10. <https://doi.org/10.1177/20552076241258276>
16. Dall'Ora, C., Saville, C., Rubbo, B., Turner, L., Jones, J., & Griffiths, P. (2022). Nurse staffing levels and patient outcomes: A systematic review of longitudinal studies. *International Journal of Nursing Studies*, 134, 104311. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104311>
17. Elmdni, A. A. E. (2025). The Impact of Nurse–Patient Ratios on Patient Outcomes in Intensive Care Units. *Nursing in Critical Care*, 30(3). <https://doi.org/10.1111/nicc.70054>
18. Emiralioglu, R. (2025). Positive Work Environment in Nursing: Components and Strategies. *Journal of Education and Research in Nursing*, 156–161. <https://doi.org/10.14744/jern.2025.55491>
19. Fernández-Sánchez, J. D., Andrés-Pretel, F., Ortiz-Díaz, V., Molina-Alarcón, M., & Lozano-Hernández, C. M. (2025). Relationship between the nurse–patient ratio and adverse events in conventional hospitalization units in a third-level hospital. *Journal of Nursing Management*, 2025(1). <https://doi.org/10.1155/jonm/8885593>
20. Fernández-Sánchez, J. D., Andrés-Pretel, F., Pérez-Rodríguez, I., Molina-Alarcón, M., Redondo-Perez, N., Fernández-Castro, M., & Lozano-Hernández, C. M. (2026). Cross-Cultural Adaptation and Psychometric Evaluation of the Individual Workload Perception Scale-Revised (IWPS-R) in Spanish Nurses. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 100517. <https://doi.org/10.1016/j.ijnnsa.2026.100517>
21. Griffiths, P., Maruotti, A., Recio Saucedo, A., Redfern, O. C., Ball, J. E., Briggs, J., Dall'Ora, C., Schmidt, P. E., & Smith, G. B. (2019). Nurse staffing, nursing assistants and hospital mortality: retrospective longitudinal cohort study. *BMJ Quality & Safety*, 28(8), 609–617. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2018-008043>
22. Grinspun, D. (2023). Optimizando la Práctica Clínica mediante la Integración Rigurosa de la Evidencia Científica. *MedUNAB*, 26(2), 121–128. <https://doi.org/10.29375/01237047.4930>
23. Kiptulon, E. K., Elmadani, M., Szöllösi, A., Zrinyi, M., & Siket, A. U. (2025). The race to retain nursing workforce in healthcare: an umbrella review of effectiveness of retention interventions and strategies. *BMC Health Services Research*, 25(1), 1344. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-13365-6>
24. Lasater, K. B., Aiken, L. H., Sloane, D., French, R., Martin, B., Alexander, M., & McHugh, M. D. (2021). Patient outcomes and cost savings associated with hospital safe nurse staffing legislation: an observational study. *BMJ Open*, 11(12), e052899. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-052899>
25. Lott, T. F., & Partridge, A. (2025). Increasing engagement in professional governance from the unit to system level. *Nursing Management*, 56(4), 24–32. <https://doi.org/10.1097/nmg.0000000000000245>
26. Lucas, P., Jesus, É., Almeida, S., Costa, P., Cruchinho, P., Teixeira, G., & Araújo, B. (2025). The Nursing Practice Environment and Job Satisfaction, Intention to Leave, and Burnout Among Primary Healthcare Nurses: A Cross-Sectional Study. *Nursing Reports*, 15(7), 224. <https://doi.org/10.3390/nursrep15070224>
27. Özyürek, P., & KILIÇ, I. (2022). The psychometric properties of the Turkish version of Individual Workload Perception Scale for medical and surgical nurses. *Journal of Nursing Measurement*, 30(4), 778–796. <https://doi.org/10.1891/JNM-D-21-00035>
28. Porter-O'Grady, T. (2026). A Decade of Transformational Impact. *Nursing Administration Quarterly*, 50(2S), S2–S4. <https://doi.org/10.1097/NAQ.0000000000000752>
29. Quiñoz Gallardo, M. D., Barrientos-Trigo, S., & Porcel-Gálvez, A. M. (2023). Effectiveness of the best practice spotlight organizations program to reduce the prevalence of pressure injuries in acute care settings for hospitalized patients in Spain: A quasi-experimental study. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 20(4), 306–314. <https://doi.org/10.1111/wvn.12631>
30. RNAO. (2008). Entornos laborales saludables: Salud, laboral, seguridad y bienestar de la enfermera. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). [https://www.chospab.es/enfermeria/RNAO/guias/BP\\_G\\_Salud\\_laboral\\_seguridad\\_y\\_bienestar\\_de\\_la\\_enfermera.pdf](https://www.chospab.es/enfermeria/RNAO/guias/BP_G_Salud_laboral_seguridad_y_bienestar_de_la_enfermera.pdf)
31. Salvagioni, D. A. J., Melanda, F. N., Mesas, A. E., González, A. D., Gabani, F. L., & Andrade, S. M. de. (2017). Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PLOS ONE*, 12(10), e0185781. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185781>
32. Slijepčević, J., Režić, S., Friganović, A., Farčić, N., & Georgiou, E. (2026). Impact of a Healthy Work Environment on Retention and Intent to Leave Among Croatian Intensive Care Nurses. *Southeastern European Medical Journal*, 10(1), 129–143. <https://doi.org/10.26332/2vpgpgp75>
33. Szkup, M., Schneider-Matyka, D., Rachubińska, K.,

- Stanisławska, M., Kupcewicz, E., Grochans, E., & Cybulska, A. M. (2026). The Relationship Between the Rationing of Nursing Care, Job Satisfaction, and Burnout Among Nurses in Northwestern Poland. *Journal of Nursing Management*, 2026(1). <https://doi.org/10.1155/jonm/7726865>
34. Tiscar-González, V., Cidoncha-Moreno, M. Á., & Larrañaga-Garitano, J. (2025). Proyecto Nursing Research Challenge®: desafíos y oportunidades para la investigación en enfermería. *Revista Enfermería Herediana*, 18, e6537. <https://doi.org/10.20453/renh.v18i.2025.6537>
  35. Turi, E., Lasater, K. B., Kamen, A. S., Aiken, L. H., & Muir, K. J. (2026). The Impact of Nursing Resources on Chronic Wound Management: A Cross-Sectional Analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 35(1), 99–108. <https://doi.org/10.1111/jocn.17804>
  36. Van der Mark, C. J. E. M., Vermeulen, H., Hendriks, P. H. J., & Oostveen, C. J. van. (2021). Measuring perceived adequacy of staffing to incorporate nurses' judgement into hospital capacity management: a scoping review. *BMJ Open*, 11(4), e045245. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045245>
  37. Vázquez-Calatayud, M., Regaira-Martínez, E., Arteaga-Jordá, C., Buerba Díaz, A., & Costas Ramón, N. (2024). Un año de implementación del proyecto NURSING RESEARCH CHALLENGE. *Tesela, Liderazgo y Gestión*, e15503. <https://doi.org/10.58807/revtesela20246890>
  38. Xie, Y., Li, X., Yang, T., Yang, H., Pan, W., & Cheng, C. (2025). Enhancing Perioperative Oral Nutritional Supplements in Elderly Hip Fracture Patients: A Pilot Project on Evidence-Based Practice. *Clinical Interventions in Aging*, Volume 20, 2773–2790. <https://doi.org/10.2147/CIA.S562166>