

Revisión Sistemática

# Atención centrada en la persona: seguridad del paciente y calidad de atención. Una revisión sistemática.

Kavhas Castro Carreño<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidad Internacional de la Rioja, La Rioja, España

## Autor de correspondencia:

kavhas castro carreño  
Calle 50 #14-40. Chapinero. Bogotá, Colombia.  
Código postal: 110211  
Dirección electrónica: kavha.1@hotmail.com

## Resumen

**Antecedentes:** La atención del paciente a lo largo de la historia ha evolucionado desde un modelo paternalista hacia un modelo de autonomía, lo que ha requerido el estudio y la caracterización de los esquemas de relación médico-paciente. A partir de la publicación del informe "To Err is Human" se han estudiado las dimensiones que deben ser controladas para brindar una atención segura de calidad y la necesidad de introducir al paciente como miembro del equipo asistencial. **Objetivo:** Sintetizar la evidencia científica existente acerca del efecto de la atención centrada en la persona sobre la seguridad del paciente y la calidad de la atención sanitaria. **Materiales y métodos:** Se realizó una revisión sistemática desde su creación hasta abril de 2023 en 4 bases de datos, PubMed, ScienceDirect, Embase, y Proquest. Se incluyeron artículos publicados en revistas científicas que describieran el efecto de la atención centrada en la persona sobre la seguridad y la calidad de la atención sanitaria. **Resultados:** De los 1178 estudios iniciales se seleccionaron 21 artículos. La mayoría de los estudios demostró que la atención centrada en la persona tuvo efectos positivos sobre las áreas de seguridad del paciente (57,1%, n:12). El ámbito más común fueron los hospitales (52,3% N: 11). La calidad de los estudios fue moderada en su mayoría (76%, n:16). **Conclusiones:** La atención centrada en la persona ha demostrado efectos positivos estadísticamente significativos sobre la seguridad del paciente, sin embargo, aún hace falta mayor investigación en la seguridad de forma integral y un consenso sobre el concepto de atención centrada en la persona.

**Editor académico:**

Dr. Jimmy Martin

**Recibido:** 27/11/23

**Revisado:** 16/01/24

**Aceptado:** 02/05/24

**DOI:**

<https://doi.org/10.61708/8fj6qt15>



Copyright: © 2023 por los autores. Presentado para su publicación en acceso abierto bajo los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Attribution (CC BY). El uso, distribución o reproducción en otros foros está permitida, siempre que se cite la publicación original en esta revista.

**Palabras clave:** factores de riesgo, trabajo de parto prematuro, recién nacido pretérmino.

### Abstract

**Background:** Patient care throughout history has evolved from a paternalistic model towards a model of autonomy, which has required the study and characterization of the doctor-patient relationship schemes. Since the publication of the report "To Err is Human" the dimensions that must be controlled to provide safe quality care and the need to introduce the patient as a member of the care team have been studied. **Objective:** Synthesize the existing scientific evidence about the effect of person-centred care on patient safety and the quality of healthcare. **Materials and methods:** A systematic review was carried out from its creation to April 2023 in 4 databases, PubMed, ScienceDirect, Embase, and Proquest. Articles published in scientific journals describing the effect of person-centred care on the safety and quality of healthcare were included. **Results:** Of the 1178 initial studies, 21 articles were selected. Most of the studies demonstrated that person-centred care had positive effects on the areas of patient safety (57.1%, n:12). The most common setting was hospitals (52.3% N: 11). The quality of the studies was mostly moderate (76%, n:16). **Conclusions:** Person-centred care has shown statistically significant positive effects on patient safety, however, more comprehensive safety research and consensus on the concept of person-centered care are still needed.

**Key words:** Person-centered care, Patient-centered care, Patient safety, Quality of Health Care.

### Introducción

La historia ha permitido identificar cuáles son los orígenes, las primeras prácticas, creencias y desarrollo de la atención del paciente a través de los años, el cual se ha visto influenciado por el contexto social de cada época, dentro de su entorno sociopolítico e intelectual-científico respectivo (1).

Este proceso complejo de interacción y atención entre el profesional de la salud y el paciente se denomina relación médico-paciente y ha evolucionado tanto en fondo como en forma. Szasz y Hollender (1956) definieron tres modelos de relación médico paciente: activo-pasividad, orientación-cooperación, y participación mutua (2). Los dos primeros modelos hacen referencia a la atención centrada en el médico, al pertenecer al periodo paternalista y la participación mutua hace referencia a la atención centrada en el paciente con una mayor autonomía del paciente.

### Atención centrada en el médico

Esta perspectiva de atención hace referencia a la atención al paciente teniendo como centro al proveedor del servicio de salud, es decir, este es quien toma las decisiones, porque cree que su forma es la correcta y la que le traerá el mayor beneficio al paciente (3). Esta se encuentra relacionada con la medicina basada en la evidencia que, teniendo una valiosa utilidad, aparta en muchas ocasiones a la medicina centrada

en el paciente o la persona, dejando de lado la variedad y la individualización que existe en cada paciente en particular (4). La toma de decisiones respecto al tratamiento del paciente es unidireccional, y esta dictaminada únicamente por el profesional de forma autoritaria (5).

### **Atención centrada en el paciente**

Fue hasta la década de 1980 que el Instituto Picker introdujo a la corriente principal de la atención médica, la atención centrada en el paciente. Esto lo realizó a través de los ocho principios de Picker, los cuales tienen como principal fundamento la creencia de que todo paciente merece una atención de la mejor calidad y que sus opiniones e intereses son necesarios para la mejora en la atención (6). A fin de entender de forma más clara este concepto se puede tomar como punto de partida la definición del Instituto para la Atención Centrada en el Paciente y la Familia (IPFCC, por sus siglas en inglés) el cual la define como: “el enfoque para planificar, brindar y evaluar la atención médica que se basa en una asociación entre los proveedores de atención médica, los pacientes y las familias” (7). Lo anterior permite notar que dicho paciente posee más autonomía sobre su propia salud, se le tiene en cuenta en la toma de decisiones y además las que afectan a su entorno cercano.

### **Atención centrada en la persona**

Enfermería ha desempeñado un importante papel en la atención del paciente a lo largo de la historia, reconociendo que desde las madres antiguas y posteriormente mujeres sabias que brindaban atención en enfermería, se notaban los primeros indicios de la atención centrada en la persona a través del cuidado de sí mismos y de los demás (8). El Institute of Medicine (IOM) en el año 2001 definió la atención centrada en la persona como la “atención que es respetuosa y sensible a las preferencias, necesidades y valores individuales del paciente, y que garantiza que los valores del paciente guían todas las decisiones clínicas” (9). De este modo, se introducen nuevos conceptos como el término sensibilidad el cual confiere una dirección más holística, respetuosa e individualizada otorgando un ambiente de negociación en la atención, permitiendo que el paciente tome decisiones en todos los niveles de su tratamiento. Otro valioso atributo es el empoderamiento, puesto que desarrolla confianza y autonomía en el paciente, sin embargo, para lograrlo es necesario que se le proporcionen herramientas a fin de que pueda respaldar las decisiones que toma y una comunicación efectiva para que se sienta capacitado y participe en las decisiones médicas (10).

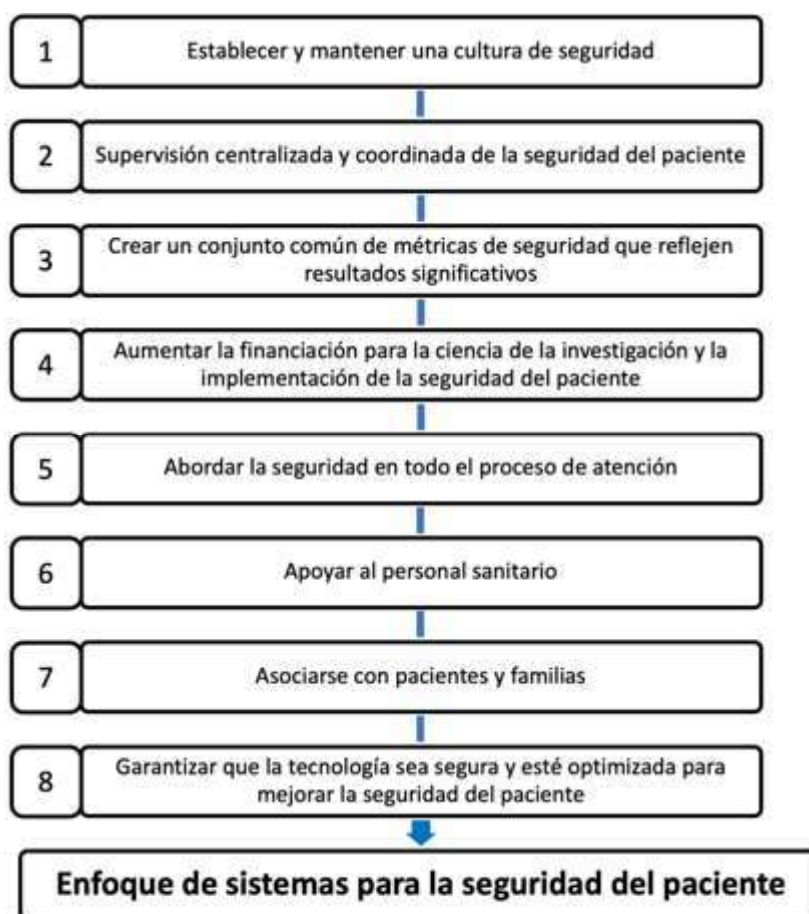
La atención centrada en la persona surge a la par de los cambios sociales en las sociedades democráticas contemporáneas, donde la participación activa de la ciudadanía es crucial. Este enfoque no solo refleja la evolución en la percepción de la relación entre el individuo y la sociedad, sino que también se origina como una estrategia consciente para abordar las crecientes necesidades sociales. Al reconocer la autonomía y dignidad individuales, busca transformar los servicios de atención, atendiendo a las demandas de una sociedad diversa y compleja que valora la inclusión y el respeto a las elecciones de cada persona (11).

## Seguridad del paciente

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la seguridad del paciente se define como la “reducción del riesgo de daño asociado a la asistencia sanitaria a un mínimo aceptable” (12). Desde la publicación del informe ‘To Err Is Human’ a finales de la década de 1990, donde se reveló que aproximadamente entre 44,000 y 98,000 muertes al año se deben a eventos adversos prevenibles en los hospitales de Estados Unidos, este documento llamó la atención de todos los miembros implicados en el cuidado de la salud alrededor del mundo, incentivando la creación de medidas que puedan prevenir y mitigar el daño al paciente. A pesar de las medidas e investigaciones implementadas en seguridad del paciente hasta la fecha, se reconoce que aún existe un camino por recorrer para lograr el avance deseado. La evaluación de resultados ha sido mixta en cuanto a la reducción y prevención de eventos adversos prevenibles, como señala la Fundación Nacional para la Seguridad del Paciente en un estudio que resume el progreso de los últimos 15 años desde la publicación del informe ‘To Err is Human’ (13). Este reconocimiento de los desafíos actuales subraya la importancia continua de trabajar en la mejora de la seguridad del paciente. Estudios recientes informan que la prevención de eventos prevenibles no se relaciona únicamente con los casos de mortalidad, sino que además se debe tener en cuenta la morbilidad, los errores diagnósticos, la afectación en la calidad de vida y la pérdida de la dignidad (14).

El amplio número de dimensiones que debe ser controlado en la seguridad del paciente hace necesario que se implique a todos los miembros de la organización, desde los clínicos hasta los directivos, tomando en consideración que las medidas deben estar dirigidas al sistema con un abordaje holístico como se señala en la Figura 1. Adicionalmente es de resaltar el numeral siete por la presente investigación, donde se observa el papel fundamental que cumple el paciente y su entorno en la seguridad.

**Figura 1.** Recomendaciones de la Fundación Nacional para la Seguridad del Paciente para un enfoque de sistemas totales para la seguridad.



Tomado y adaptado de Lark ME, Kirkpatrick K, Chung KC. Patient Safety Movement: History and Future Directions. The Journal of Hand Surgery. 2018 Feb;43(2):174–8.

En el Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021-2030 de la OMS, se destaca la importancia de la atención centrada en la persona al comprometer y fortalecer la participación del paciente y sus familias, focalizándose específicamente en los objetivos estratégicos segundo y cuarto. Estos abordan los temas de sistemas de alta fiabilidad y la participación de los pacientes y sus familias, respectivamente. La meta es lograr esto mediante su inclusión colaborativa en la formulación de políticas, planes, estrategias, programas y directrices orientadas a mejorar la seguridad en la prestación de servicios de salud (15).

### Calidad en la atención sanitaria

Para definir la calidad en la atención sanitaria es preciso mencionar a Avedis Donabedian uno de sus mayores exponentes hasta la actualidad, quien en el año 1980 la define como “aquel tipo de atención que se espera que maximice una medida inclusiva del bienestar del paciente, después de haber tenido en cuenta el equilibrio de ganancias y pérdidas esperadas que acompañan al proceso de atención en todas sus partes” (16). Con todo el avance político y científico que ha tenido la sociedad, cada vez se le da más importancia a lo

que el paciente opina de los servicios y la atención que se ha prestado. Por medio del uso de técnicas psicométricas, es posible medir con mayor precisión científica la percepción de los usuarios en este caso los pacientes la calidad de la atención sanitaria, y todo este desarrollo se encuentra relacionado con las corrientes de la "atención centrada en el paciente" (17).

### **Justificación**

La relación médico-paciente es una actividad que tiene raíces históricas, remontándose a siglos pasados, donde predominaba un modelo de atención paternalista, en el cual el médico es quien tomaba las decisiones y al paciente se le consideraba un sujeto pasivo, sin capacidad de tomar decisiones u opinar a causa de su condición. Sin embargo, a lo largo de los años y los distintos modelos de salud, este concepto ha ido cambiando. En la actualidad se busca una participación mutua entre el profesional y el paciente, por ello se han desarrollado conceptos como la atención centrada en el paciente y la atención centrada en la persona, los cuales tienen definiciones similares, pero con diferencias de enfoque. Estos modelos buscan que el paciente sea el centro de atención, que participe en la toma de decisiones sobre su salud y que se tenga en cuenta el amplio contexto de su vida. Considerando que el paciente es la persona con mayor conocimiento sobre la condición que enfrenta cotidianamente, resulta relevante señalar que ha experimentado un cambio significativo en su percepción. De ser previamente considerado un individuo sin conocimientos técnicos, ahora se le reconoce como una fuente valiosa y válida de información acerca de su salud y el proceso de atención, en el cual pueden presentarse incidentes de seguridad.

En el año 1999 en Estados Unidos, llamó la atención internacional un concepto no muy mencionado para la época, la seguridad del paciente, a través del informe "To Err Is Human" se demostró la magnitud de muertes prevenibles que se originan a causa de la atención sanitaria y debido a este documento se crea una mayor concientización en las naciones en busca de identificar las causas de error en la atención y como prevenirlas. Desde entonces uno de los objetivos es mejorar la calidad de la atención sanitaria al garantizar que cada paciente obtenga la atención requerida, brindando una atención con menor riesgo y mayor probabilidad de obtener los resultados deseados, dentro del avance tecnológico y científico de la actualidad, teniendo en cuenta sus decisiones e interés en el proceso de atención sanitaria.

El objetivo de esta investigación es sintetizar la evidencia científica existente acerca del efecto de la atención centrada en la persona sobre la seguridad del paciente y la calidad de la atención sanitaria.

### **Materiales y métodos**

En este trabajo se realizó una revisión sistemática de la literatura científica publicada en materia de atención centrada en la persona, seguridad y calidad de la atención sanitaria. En su elaboración, se siguieron las directrices de la declaración PRISMA (18) para la correcta realización de revisiones sistemáticas. A continuación, se detalla el proceso de elaboración en sus distintas fases. La presente revisión sistemática busca responder la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el efecto de la atención centrada en la persona sobre la seguridad y la calidad de la atención sanitaria?

## Estrategia de búsqueda

La búsqueda sistemática se llevó a cabo sin limitaciones temporales, abarcando estudios publicados desde el inicio de las bases de datos hasta abril de 2023, en PubMed, ScienceDirect, Embase, y Proquest. La combinación de términos que arrojó mejores resultados en los buscadores fue la siguiente:

("person centred care"[All Fields] OR "person centered care"[All Fields] OR "person centred approach"[All Fields] OR "person centered approach"[All Fields] OR "person centred"[All Fields] OR "person centered"[All Fields] OR ("person"[All Fields] AND "centred"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR ("person"[All Fields] AND "centered"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR ("person"[All Fields] AND "centred"[All Fields] AND "approach"[All Fields]) OR ("person"[All Fields] AND "centered"[All Fields] AND "approach"[All Fields]) OR ("person"[All Fields] AND "centred"[All Fields]) OR ("person"[All Fields] AND "centered"[All Fields])) AND ("patient safety"[MeSH Terms] OR "patient safety"[All Fields] OR ("patient"[All Fields] AND "safety"[All Fields])) AND ("quality of health care"[MeSH Terms] OR "quality of health care"[All Fields] OR ("quality"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "care"[All Fields]))

## Selección de estudios

La selección de estudios fue realizada por el investigador principal, no se encontraron estudios no publicados, y tampoco hubo necesidad de contactar ninguno de los autores incluidos.

Criterios de inclusión:

- Estudios específicos de atención centrada en la persona que evalúan: indicadores de seguridad y calidad de la atención y medidas de satisfacción del paciente
- Artículos en idioma inglés y español
- Estudios de cohortes prospectivos y retrospectivos
- Ensayos clínicos aleatorizados
- Revisiones sistemáticas
- Se incluyeron los estudios en cualquier área geográfica de los sistemas de atención de la salud.

Criterios de exclusión:

- Comentarios
- Editoriales
- Resumen de conferencias
- Capítulos de libros
- Manuales

## Extracción y análisis de datos

Luego del análisis de los artículos seleccionados, se extrajo la información relevante de cada investigación: autor/es, fecha, país, objetivos, ámbito, muestra, edad media de la población, diseño, método usado, intervención y principales hallazgos. Se evaluó la calidad de cada estudio por medio de la escala AMSTAR (19) que a continuación se mencionan sus 6 criterios.

1. Desarrollo de una pregunta de investigación
2. Declaración de intereses
3. Declaración explícita del método de investigación

4. Explicación de la selección del diseño de estudio
5. Cegamiento
6. Informes de fuente de financiación.

## Resultados

Concretamente, se obtuvieron 368 resultados en PubMed, 21 en ScienceDirect, 628 en Embase y 161 en Proquest. De los 1178 estudios iniciales fueron seleccionados 13 artículos. En la Figura 1 se puede observar el proceso siguiendo la metodología PRISMA.

En la Tabla 1 se detallan los criterios de mayor y menor cumplimiento según los criterios AMSTAR. Los estudios fueron realizados 4 en Suecia, 4 en Australia, 1 en Reino Unido, 1 en Corea, 1 en Estados Unidos, 1 en Brasil, y 1 en Australia, Noruega y Suecia. Todos los estudios seleccionados se encuentran en idioma inglés. El ámbito más común fue los hospitales (61.5%, n: 8). La mayoría de los estudios demostró que la atención centrada en la persona tuvo efectos positivos sobre las áreas de seguridad del paciente (57,1%, n:12). Las herramientas utilizadas para medir la atención centrada en la persona fueron: Herramienta de evaluación de la atención centrada en la persona (P-CAT) desarrollada por Edvardsson, Cuestionario de Clima Centrado en la Persona (PCQ-S) e Indicadores clave de rendimiento (KPI) (20–22). En la Tabla 2 se encuentra un resumen de los principales hallazgos de los estudios incluidos.

Para medir la seguridad se utilizó la Herramienta de evaluación de actividades de enfermería para la seguridad del paciente desarrollada por Park, Encuesta sobre la cultura de seguridad del paciente en hogares de ancianos (NHSOPSC), Categorías de causalidad de reacciones adversas a medicamentos (OMS-UMC) y el Marco de seguridad del paciente de Manchester (MaPSaF) (23–26).

La calidad de atención se midió con la Distribución de los criterios de calidad de Donabedian. La satisfacción del paciente fue medida con el cuestionario IN-PATSAT32 de la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer (EORTC) (27,28). La calidad de los estudios fue moderada, el criterio de mayor cumplimiento fue el Desarrollo de una pregunta de investigación (92.3%, n: 12) seguido de la Declaración de intereses (84.6%, n:11), Declaración explícita del método de investigación (76.9%, n: 10) y la Explicación de la selección del diseño de estudio (76.9%, n: 10). Los criterios de menor cumplimiento fueron los Informes de fuente de financiación (7,6%, n: 1) y el Cegamiento (38,4%, n: 5).

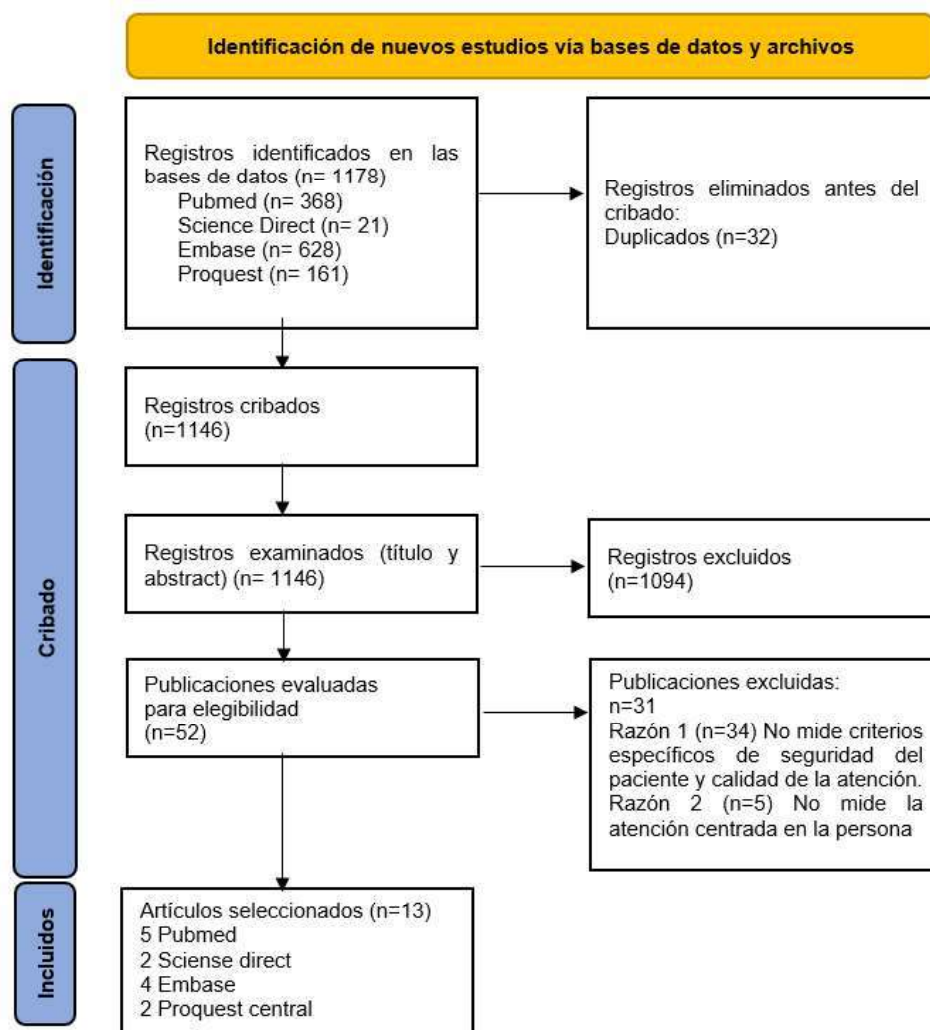


**Tabla 1:** Resumen de la evaluación de calidad – AMSTAR.

Estudio (Año)	Criterios de mayor cumplimiento				Criterios de menor cumplimiento	
	1	2	3	4	5	6
Huh y Shin (29), 2021.	✓	✓	✓	✓	X	X
Jakobsson et al. (30), 2020.	✓	✓	✓	✓	✓	X
Dubois et al. (31), 2017	✓	✓	X	X	X	X
Harper et al. (32), 2020.	✓	X	✓	✓	X	X
Paul et al. (33), 2021.	✓	✓	✓	✓	✓	X
Alexiou et al. (34), 2018.	X	✓	✓	✓	X	X
Rossiter et al. (35), 2020.	✓	✓	✓	✓	✓	X
de Oliveira et al. (36), 2023.	✓	✓	✓	✓	✓	X
Wang y Dewing (37), 2020.	✓	X	✓	✓	X	X
Lood et al. (38), 2020.	✓	✓	✓	✓	✓	X
Kerestes et al (39), 2022.	✓	✓	X	X	X	X
Kullberg et al. (40), 2017.	✓	✓	✓	✓	X	✓
Radbron et al. (41), 2022.	✓	✓	X	X	X	X

**Nota.** La numeración corresponde a los seis criterios de calidad que se representan a continuación 1) Desarrollo de una pregunta de investigación 2) Declaración de intereses 3) Declaración explícita del método de investigación 4) Explicación de la selección del diseño de estudio 5) Cegamiento 6) Informes de fuente de financiación.

Figura 2. Diagrama de flujo prisma.



Fuente: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

Se encontró una falta de consenso sobre la diferencia entre el concepto de atención centrada en la persona y atención centrada en el paciente. Durante la investigación en los hospitales geriátricos al hacer una comparación con los centros de atención geriátrica, los primeros han demostrado una atención centrada en la atención médica y no en la persona, careciendo esta de todo sentido holístico y personalizado. Esto podría explicarse en la deficiente atención que prestan los gobiernos, a la satisfacción y el bienestar del paciente como persona, basando su éxito y fracaso únicamente en metas y cifras de salud/enfermedad sin profundizar en el cuidado de la persona (29).

El estudio de Huh y Shin (29), respalda que la práctica de atención centrada en la persona se ve favorecida por el conocimiento especializado de los profesionales y que el conocimiento y la práctica clínica deben estudiarse y actualizarse constantemente.

Cuando se atiende a los pacientes con esta perspectiva de atención se han encontrado mejoras en la documentación actualizada de la medicación prescrita tanto al ingreso, durante y al alta de hospitalización, lo cual es un factor fundamental para prevenir errores de medicación. Además de lo anterior también se ha informado mejoría del dolor entre el ingreso y el alta de los pacientes (30).

Dubois et al. (31) señalan que, durante el desarrollo, la aplicación y evaluación de una lista de verificación de endoscopia centrada en la persona se ha evidenciado un aumento en el control de identidad de los pacientes por parte de los médicos, lo cual es un hallazgo notable puesto que la incorrecta identificación de los pacientes puede provocar daños graves. También se encontró un aumento en los “resúmenes” de la lista de verificación, lo cual tiene efectos positivos al aumentar la conciencia y la seguridad de todo el personal sobre los procedimientos a realizar (31).

Los profesionales han puesto de manifiesto que realizar las tareas centradas en la persona puede tomar mucho tiempo y que completar un paquete de atención centrada en la persona para cada paciente no siempre es posible (32), sin embargo, dichas dificultades con el tiempo no necesariamente significan una atención deficiente al paciente. Se ha demostrado que un equipo comprometido y que trabaje de manera eficaz puede realizar un adecuado cumplimiento de dichos paquetes incluso si se realizan compensaciones de tiempo. También es necesario que los gerentes cambien su enfoque en los procesos –por su facilidad de medición – puesto que para brindar una atención segura y de calidad es necesario que se tenga en cuenta al paciente como miembro del equipo asistencial (32).

El estudio de Paul et al. (33) introdujo un plan de educación y respaldo para el traspaso directo en entornos de salud mental, observando una mejora en la manera en que el personal de enfermería lo percibe y una mayor implicación de consumidores y cuidadores. Facilitar el traspaso directo brinda la oportunidad de fomentar una colaboración enfocada en la recuperación, lo que puede potenciar la toma de decisiones compartidas y, posiblemente, la seguridad de los pacientes.

Un estudio sobre la sostenibilidad de ambientes centrados en la persona indica un progreso en la valoración del personal sobre un entorno centrado en la persona, que se observó desde el inicio hasta el tercer seguimiento en términos de seguridad, cotidianidad y sentido de comunidad, destacándose una evaluación más alta en cuanto a seguridad (34).

Se ha demostrado que la polifarmacia al comienzo de la hospitalización está relacionada con eventos adversos por medicamentos y errores de medicación. Sin embargo, observamos que el cuidado farmacéutico ayudó en la desprescripción de medicamentos al dar de alta a los pacientes del hospital. Por tanto, el cuidado farmacéutico centrado en la persona puede mejorar esta situación (36).

El liderazgo de enfermería influye indirectamente en los resultados de seguridad del paciente a través del empoderamiento en el lugar de trabajo y las relaciones líder-enfermero. Para mejorar la seguridad del paciente, es crucial que los gerentes de enfermería fomenten un entorno centrado en la persona, establezcan relaciones efectivas con las enfermeras y promuevan su empoderamiento en el trabajo (37).

El estudio realizado sobre un programa de educación en cuidado centrado en la persona por Lood et al (38) no encontró efectos estadísticamente significativos de la intervención, sin embargo, resalta áreas de atención para mejorar la calidad en hogares geriátricos. Los familiares expresaron satisfacción general con los procesos de atención, el contacto con el personal y el apoyo social, tanto en el grupo de intervención como en el de control. Se destaca la importancia de un ambiente seguro centrado en la persona, incluyendo la disponibilidad, accesibilidad, competencia y comunicación del personal con los familiares, para la satisfacción de estos últimos en la calidad de atención en hogares geriátricos.

El estudio de Kerestes et al (39) muestra un antes y después en el escenario de la pandemia COVID-19, el cual tomó las experiencias de las personas que buscan servicios de aborto. Durante la pandemia, era difícil acceder a otras alternativas a la telemedicina; sin embargo, esto no fue impedimento ni significó menos satisfacción para los pacientes. Los aspectos relacionados con la atención centrada en la persona contribuyeron a la seguridad del paciente, evidenciándose una gran adherencia y satisfacción por parte los pacientes al recibir apoyo y acompañamiento en el tratamiento de aborto por telemedicina (39).

Se ha encontrado que, aunque después de implementar el traspaso centrado en la persona, se observaron diferencias mínimas en la satisfacción del paciente entre la sala de intervención y las salas de control, los diferentes estilos de traspaso pueden influir en la satisfacción del paciente y en la eficiencia del traspaso de enfermeras, lo que es fundamental para una atención de calidad (40).

La investigación realizada por Radbron et al (41) destacó que los indicadores clave de desempeño (KPI) centrados en la persona son efectivos para medir y mejorar la práctica centrada en la persona en diferentes áreas médicas. El uso continuo de estos KPI a lo largo del tiempo resultó en un aumento en la práctica centrada en la persona según lo percibido por los pacientes. Además, condujo al desarrollo, implementación y evaluación de mejoras centradas en la persona en la calidad y seguridad de la atención, lo que benefició tanto a los pacientes como al personal de enfermería y partería.

**Tabla 2.** Resumen de los principales hallazgos de cada estudio incluido.

Estudio (Ref), año, país.	Objetivos	Ámbito, Muestra	Diseño	Método usado	Intervención/ exposición	Principales hallazgos	Calidad AMSTAR
Huh y Shin (29), 2021, Corea.	Analizar los factores que influyen en la práctica de atención centrada en la persona, la competencia en seguridad del paciente y las actividades de enfermería de seguridad del paciente de las enfermeras geriátricas	12 hospitales geriátricos ubicados en las Provincias S y G. N: 190 enfermeras.	Estudio de encuestas	Se seleccionaron enfermeras con al menos 6 meses de experiencia y se utilizaron 3 herramientas de investigación: - Herramienta de evaluación de la atención centrada en la persona (P-CAT) desarrollada por Edvardsson. - Cuestionarios para medir las competencias en seguridad del paciente de los estudiantes de enfermería de licenciatura - Herramienta de evaluación de actividades de enfermería para la seguridad del paciente desarrollada por Park - Se obtuvo consentimiento por escrito de los participantes y se les pidió completar la encuesta, lo que tomó unos 20 minutos. Para garantizar el anonimato, se solicitó que los participantes sellaran el formulario de consentimiento y el cuestionario completado antes de enviarlos a los investigadores.	Encuesta	- Se observó una correlación positiva estadísticamente significativa entre la atención centrada en el paciente y el conocimiento sobre la seguridad del paciente. - En este estudio, se confirmó que la atención centrada en la persona no tiene un efecto significativo en las actividades de enfermería para la seguridad del paciente. - El conocimiento sobre la seguridad del paciente se correlacionó significativamente con la actitud hacia la seguridad del paciente ( $r = 0.214$ , $p = 0.003$ ), la habilidad ( $r = 0.648$ , $p < 0.001$ ) y la atención centrada en la persona ( $r = 0.159$ , $p = 0.030$ )	Moderada
Jakobsson et al. (30), 2020, Suecia.	Evaluar aspectos de la seguridad del paciente antes y después de una intervención de atención hospitalaria centrada en la persona	Unidad de hospitalización n. 263 pacientes preintervención n. 221 pacientes 12 meses después de implantada la hospitalización n en AP	Estudio cuasi-experimental	Se evaluaron tanto la percepción del paciente sobre la atención recibida utilizando un cuestionario validado, como aspectos objetivos de seguridad del paciente mediante la revisión retrospectiva de registros médicos. Los datos se recopilaron durante 16 semanas antes de la intervención y 24 semanas después. - Competencia médico-técnica - Condiciones físico-técnicas - Atención médica planificada - Documentación sobre medicamentos - Observaciones clínicas	Intervención multidisciplinaria basada en el modelo de PCC de Gotemburgo	- Los pacientes de atención hospitalaria centrada en la persona notaron que recibieron la mejor atención médica posible y reportaron un alivio del dolor más efectivo que los pacientes que recibieron la atención habitual, pero también necesitaron más ayuda con el cuidado personal. - La seguridad del paciente se mantuvo gracias a la información actualizada sobre los medicamentos prescritos. - Hubo una mejora en la información compartida sobre los cuidados planificados con los pacientes ingresados en agudos tras la hospitalización centrada en la persona. - La evaluación de los signos vitales aumentó para los pacientes ingresados en cuidados agudos.	Moderada

<p>Dubois et al. (31), 2017, Suecia.</p>	<p>- Describir el desarrollo y la implementación de una lista de verificación de endoscopia en una unidad de endoscopia para pacientes hospitalizados y ambulatorios que combinaba seguridad y atención centrada en la persona</p> <p>- Evaluar esta "intervención de lista de verificación" en términos de seguridad del paciente centrado en la persona y trabajo en equipo.</p>	<p>Una de las dos unidades de endoscopia del Hospital Universitario Karolinska</p>	<p>Estudio cuasi-experimental</p>	<p>La lista de verificación con un enfoque centrado en la persona se presentó al personal de una unidad de endoscopia durante seminarios de medio día y sesiones de capacitación en equipo. Se realizaron observaciones estructuradas del desempeño del equipo de endoscopia antes y después de la introducción de la lista de verificación. Además, se recopilaron de los pacientes y el personal cuestionarios centrados en la participación de los pacientes, el clima de colaboración y los aspectos de seguridad del paciente.</p> <p>Instrumentos utilizados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lista de control de la endoscopia</li> <li>- Cuestionario para pacientes de 18 ítems</li> </ul>	<p>Lista de verificación centrada en la persona.</p>	<p>- El hallazgo más notable de este estudio fue una mejora estadísticamente significativa en la verificación de la identidad del paciente por parte de los médicos, la cual es una medida importante de seguridad del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se observó un aumento estadísticamente significativo en la verificación precisa de la identidad del paciente por parte de los médicos (del 0% al inicio al 87% después de 10 meses, <math>P &lt; 0,001</math>), y se mantuvo alto entre las enfermeras (93% al inicio versus 96% después de 10 meses, <math>P =</math> no significativo).</li> <li>- Los cuestionarios del personal resaltan un posible aumento en la conciencia del personal sobre la participación de los pacientes y una mejor colaboración.</li> </ul>	<p>Moderada</p>
<p>Harper et al. (32), 2020, Australia</p>	<p>Comprender mejor la experiencia de las enfermeras que implementan un paquete de atención centrada en la persona (PCC) en una sala de cuidados intensivos en un gran hospital en Melbourne, Australia</p>	<p>Sala de cuidados intensivos en un gran hospital en Melbourne, N: 16 enfermeras</p>	<p>Estudio cualitativo</p>	<p>Se utilizó una investigación narrativa para explorar las experiencias de las enfermeras al implementar el PCC. Se utilizaron encuestas y grupos focales para recopilar datos y se utilizó un análisis temático para identificar los temas clave.</p> <p>Instrumento utilizado: Encuesta electrónica.</p>	<p>Paquete PCC</p>	<p>Los hallazgos indican que el paquete de atención centrada en la persona proporcionó un marco sólido para la práctica de enfermería y una forma efectiva de garantizar una atención y seguridad del paciente de alta calidad.</p>	<p>Moderada</p>
<p>Paul et al. (33), 2021, Australia.</p>	<p>Evaluar los cambios en el conocimiento, la confianza, la utilización y la documentación de las enfermeras sobre el traspaso del lado de la persona en dos unidades de salud mental, luego de la implementación de un paquete de educación</p>	<p>Dos unidades de salud mental para pacientes hospitalizados en un servicio de salud metropolitano, N: 46 enfermeras N: 52 archivos</p>	<p>Estudio de métodos mixtos</p>	<p>La encuesta y la auditoría se realizaron en 2019-2020 en dos unidades de salud mental para pacientes hospitalizados en un servicio de salud metropolitano inmediatamente antes y 6 meses después de la implementación, con 70 respuestas a la encuesta y 52 archivos auditados. Las pruebas no paramétricas evaluaron el cambio y se informaron los comentarios de texto.</p> <p>Instrumento utilizado: Encuesta electrónica</p>	<p>Paquete de educación y apoyo coproducido acerca del traspaso al lado de la cama</p>	<p>- Después de participar en este programa, las enfermeras informaron mejoras en la precisión y relevancia del contenido del traspaso y una marcada reducción en la información errónea o errores en la comunicación. Esto es consistente con las sugerencias de que la participación del paciente reduce la falta de comunicación y los errores y puede conducir a mejores resultados de atención.</p> <p>- Este impacto potencial en la calidad y la</p>	<p>Moderada</p>

<p>seguridad es un factor relevante, puesto que el paciente es el componente constante de la atención, mientras que los clínicos varían de turno a turno. Esto también coloca al paciente apropiadamente en el centro de la atención y lo reconoce como la fuente de información definitiva.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se identificaron cambios estadísticamente significativos en tres elementos: beneficio percibido para el consumidor (55,2 % frente a 90 %), confianza en realizar la entrega en persona (62,1 % frente a 97,6 %) y la capacidad de garantizar la privacidad y confidencialidad (55,2 % frente al 92,7%).</li> </ul>	<p>Moderada</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los resultados muestran la sostenibilidad de la atmósfera de sala centrada en la persona en la atención psiquiátrica forense según la evaluación del personal después de la reubicación de las instalaciones de atención médica tradicionales a instalaciones centradas en la persona.</li> <li>- De los tres dominios en el PCQ-S, la seguridad se evaluó más alto durante las medidas de seguimiento (media inicial = 4,35, media de seguimiento 1 = 4,58, media de seguimiento 2 = 4,70 y media de seguimiento 3 = 4,65).</li> <li>- Tras el hallazgo de una mayor percepción de la atmósfera de sala (PCQ-S) entre los miembros del personal, la dimensión de seguridad se evaluó como la más sostenible durante las medidas de seguimiento.</li> </ul>	<p>Moderada</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Algunos resultados son alentadores y demuestran el impacto potencial de la atención centrada en la persona en los resultados de los pacientes.</li> <li>- Debido al interés internacional generalizado en los enfoques centrados en la persona en la atención de la salud y la tercera edad, estos hallazgos provisionales suponen que los</li> </ul>
	<p>Reubicación en nuevas instalaciones centradas en la persona para atención psiquiátrica forense</p>	<p>Intervenciones de atención centradas en la persona</p>
	<p>Los datos se recopilaron de forma prospectiva entre 2010 y 2016; antes (línea de base) y después de la reubicación de las clínicas psiquiátricas forenses a nuevos edificios, es decir, después de seis meses (seguimiento 1), después de un año (seguimiento 2) y después de dos años (seguimiento 3), respectivamente.</p> <p>Instrumentos utilizados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuestionario de Clima Centrado en la Persona (PCQ-S)</li> <li>- Herramienta de evaluación de la atención centrada en la persona (P-CAT) desarrollada por Edvardsson</li> </ul>	<p>Proceso de revisión de tres pasos.</p>
<p>auditados</p>	<p>Estudio longitudinal prospectivo</p>	<p>Revisión de revisiones sistemáticas</p>
<p>y apoyo coproducido.</p>	<p>Tres hospitales psiquiátricos forenses. N: 254 miembros del personal.</p>	<p>Consumidores de atención médica. N: 16 revisiones sistemáticas</p>
<p>Alexiou et al. (34), 2018, Suecia.</p>	<p>Evaluar la sostenibilidad de las percepciones del personal sobre el ambiente de la sala y su posibilidad de brindar atención psiquiátrica forense centrada en la persona después de la reubicación en nuevos hospitales que tenían como objetivo brindar condiciones de trabajo de apoyo para que el personal pueda brindar atención de alta calidad.</p>	<p>Sintetizar la evidencia combinada de las revisiones sistemáticas que evalúan el impacto de las intervenciones de atención centradas en la persona en la seguridad del</p>
<p>Rossiter et al. (35), 2020, Australia.</p>		

<p>de Oliveira et al. (36), 2023, Brasil.</p>	<p>paciente</p>	<p>Evaluar si la Atención Farmacéutica, cuando se inserta en una sala geriátrica y en el contexto de la atención de salud centrada en la persona, coopera con la seguridad de la farmacoterapia en ancianos en Brasil.</p>	<p>Pacientes hospitalizados N: 60 pacientes.</p>	<p>Estudio de intervención de un solo brazo</p>	<p>Categorías de causalidad de reacciones adversas a medicamentos (OMS-UMC)</p>	<p>- Reconciliación de medicamentos - Revisión de farmacoterapia - Seguimiento farmacoterapéutico</p>	<p>enfocados en la persona pueden contribuir a las iniciativas de seguridad del paciente a nivel mundial. - La complejidad de los enfoques centrados en la persona requiere de métodos de investigación innovadores para evaluar su impacto, los cuales deben comprender métodos tanto cualitativos como cuantitativos. - Este estudio de investigación indicó que los eventos adversos por medicamentos y los errores de medicación están ligados a la polifarmacia en uso al inicio de la hospitalización. Por otro lado, evidenciamos que el cuidado farmacéutico contribuyó para la desprescripción de medicamentos al alta hospitalaria. Por lo anterior, el cuidado farmacéutico centrado en la persona puede proporcionar mejoras en este escenario.</p>	<p>Moderada</p>
<p>Wang y Dewing (37), 2020, Reino Unido.</p>	<p>Analizar los hallazgos de una revisión de diez estudios que examinan los mecanismos por los cuales el liderazgo de enfermería impacta en la seguridad del paciente, con el fin de explicar las conexiones con el</p>	<p>N: 10 artículos.</p>	<p>Revisión de la literatura</p>	<p>Revisión integradora de la literatura</p>	<p>Liderazgo de enfermería</p>	<p>- Hubo un efecto significativo, aunque indirecto, del liderazgo de enfermería en los resultados de seguridad del paciente a través de dos mediadores en el entorno de atención, particularmente en el empoderamiento en el lugar de trabajo y las relaciones líder-enfermero. - Teniendo en cuenta la gran cantidad de resultados adversos para los pacientes que ocurren en los hospitales, es de</p>	<p>Moderada</p>	



<p>Lood et al. (38), 2020, Australia, Noruega y Suecia.</p>	<p>concepto de centrado en la persona a través del Marco de Enfermería Centrada en la Persona.</p>	<p>Hogares de ancianos. Se incluyeron en el estudio datos de 459 encuestas; 178 al inicio (91 intervención, 87 control), 149 en el primer seguimiento (80 intervención, 69 control) y 132 en el segundo seguimiento (79 intervención, 53 control).</p>	<p>Ensayo multicéntrico controlado no equivalente antes y después</p>	<p>El personal del grupo de intervención participó en una educación de 14 meses sobre centrado en la persona, atención centrada en el entorno próspero y solidario. El personal del grupo de control recibió una conferencia de una hora antes del período de intervención. Los datos se recogieron al inicio, después de la intervención y seis meses después de finalizar la intervención, y se analizaron mediante estadística descriptiva, un modelo lineal generalizado y regresión múltiple jerárquica.</p>	<p>Educación de 14 meses sobre atención centrada en la persona, entorno próspero y solidario</p>	<p>vital importancia que los gerentes de enfermería garanticen un entorno de atención centrado en la persona; se deben desarrollar relaciones efectivas con las enfermeras y mejorar el empoderamiento de las enfermeras en el lugar de trabajo, lo que mejorará los resultados de seguridad.</p>	<p>Moderada</p>
<p>Kerestes et al (39), 2022, Estados Unidos.</p>	<p>Mostrar que la experiencia de TelAbortion es una atención centrada en la persona y puede ser un modelo para otra atención de</p>	<p>Participantes del programa TelAbortion. N: 45 participantes.</p>	<p>Estudio cualitativo</p>	<p>Entrevista a 45 participantes del estudio directo al paciente en los Estados Unidos de enero a julio de 2020. Instrumento utilizado: Análisis cualitativos de contenido y temáticos de</p>	<p>Programa TelAbortion</p>	<p>Todas las participantes informaron que se sintieron bien apoyadas a lo largo de su proceso de aborto, lo que creó un sentimiento de seguridad. Tres de los resultados centrados en la persona contribuyeron a la sensación de apoyo y seguridad: comunicación, atención de</p>	<p>Moderada</p>

<p>Kullberg et al. (40), 2017, Suecia.</p>	<p>aborto por telemedicina directa al paciente</p>	<p>Departamento de Oncología del Hospital Universitario Karolinska de Estocolmo, N: 325 pacientes</p>	<p>Estudio transversal</p>	<p>entrevistas semiestructuradas</p>	<p>Traspaso centrado en la persona</p>	<p>apoyo y entorno. - La comunicación con el equipo de estudio de Tel/Abortion fue frecuente y exhaustiva, lo que muchos participantes percibieron y les dio confianza en el proceso. Además de la comunicación oral, muchos participantes apreciaron las instrucciones escritas que contribuyeron a su sensación de preparación y, por lo tanto, de seguridad.</p>	<p>Moderada</p>
<p>Radbron et al. (41), 2022, Australia.</p>	<p>Explorar cómo las enfermeras y las parteras interactúan con los datos de la experiencia del</p>	<p>Unidades clínicas en una gran organización de atención</p>	<p>Estudio longitudinal</p>	<p>El estudio se llevó a cabo en una sala de intervención y dos salas de control para comparar el traspaso centrado en la persona (PCH) con el traspaso no verbal en un entorno de hospitalización oncológica en términos de satisfacción del paciente.  Los datos se recopilaron durante un período de 9 meses, desde septiembre de 2014 hasta mayo de 2015.  La satisfacción del paciente fue medida con el cuestionario IN-PATSAT32 de la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer (EORTC)</p>	<p>Aplicación de salud móvil</p>	<p>- Se encontraron diferencias menores en la satisfacción del paciente entre la sala de intervención y las salas de control después de implementar el traspaso centrado en la persona. - La subescala relacionada con el intercambio de información entre cuidadores mejoró en la sala de intervención en el segundo punto de medición mientras que no se detectaron otros cambios en la satisfacción del paciente. - El traspaso centrado en la persona parecía ser factible en un entorno hospitalario oncológico y afectó las percepciones del paciente sobre el intercambio de información entre los cuidadores. - Después de la introducción de traspaso centrado en la persona (PCH), los pacientes de la sala de intervención obtuvieron puntuaciones estadísticamente significativamente más altas en la subescala que mide el intercambio de información entre los cuidadores (<math>p = 0,0058</math>) en comparación con las salas de control compiladas. No se encontraron otras diferencias en la satisfacción del paciente entre las salas.</p>	<p>Moderada</p>

	<p>paciente recopilados a través de una aplicación de salud móvil para informar las mejoras de la práctica centrada en la persona.</p>	<p>médica en Australia. N: 6 unidades de atención</p>		<p>desarrollar y evaluar la práctica centrada en la persona. Herramientas utilizadas: - Tres ciclos de recopilación de datos utilizando una aplicación de salud móvil - Indicadores clave de rendimiento (KPI)</p>		<p>especialidades. - El uso de la evidencia generada a partir de los KPI en ciclos a lo largo del tiempo en este estudio dio como resultado un aumento en la práctica centrada en la persona según lo informado por los pacientes. - También condujo al desarrollo, implementación y evaluación de varias mejoras de calidad y seguridad centradas en la persona que mejoraron la experiencia y la prestación de atención a los pacientes y al personal de enfermería/partera. - Los resultados de las observaciones de la práctica en las seis unidades clínicas mejoraron en un 51,8 % del ciclo 1 al ciclo 3, lo que indica que trabajar con los datos centrados en la persona generados desde la aplicación IMPAKT, particularmente en relación con la visibilidad, resultó en un aumento del tiempo que las enfermeras y parteras estaban visibles para sus pacientes.</p>
--	--	---	--	--	--	---

## Discusión

Se encontró una falta de consenso sobre la diferencia entre el concepto de atención centrada en la persona y atención centrada en el paciente.

Un dato evidente en esta y otras investigaciones desarrolladas es el hecho de que Suecia fue uno de los países con más estudios relacionados con la atención centrada en la persona. Al compararlo internacionalmente se ha evidenciado que este país cuenta con un mayor historial en la atención a largo plazo y la atención centrada en la persona considerando la mejora en la calidad de vida de los pacientes geriátricos.

La presente investigación demostró una falta de estudios relacionados con la seguridad del paciente de forma integral. Varios estudios evalúan el efecto de la atención centrada en la persona con indicadores de seguridad aislados, en diversas poblaciones y entornos, pero no se ha realizado una evaluación completa. Estos resultados abren la puerta para nuevas investigaciones con poblaciones y muestras que demuestren una mayor validez con datos más generalizables y reproducibles.

Se tomó en consideración la revisión de literatura realizada por Rossiter (35). Sin embargo, se encontró una falta de distinción entre el cuidado centrado en la persona y el cuidado centrado en el paciente en sus criterios de búsqueda. Esto contrasta con el enfoque adoptado en este estudio, donde se estableció una clara diferencia entre ambos conceptos durante la búsqueda. Como resultado, el número de investigaciones disponibles resultó ser limitado, dado que la mayoría de los estudios no hacen esta diferenciación. Este hallazgo subraya la importancia de que los investigadores consideren esta distinción en futuras investigaciones.

## Limitaciones

Una de las limitaciones de este estudio es que, durante la búsqueda de los estudios, se observaron impresiones en la diferenciación de los conceptos atención centrada en la persona y atención centrada en el paciente. Otra limitación se relaciona con que la mayoría de los estudios evaluados abordan la calidad y la seguridad utilizando indicadores aislados, lo cual no permite un análisis integral de estas dos áreas.

## Conclusiones

Se ha observado que la atención centrada en la persona ha generado mejoras en la seguridad del paciente, según algunos estudios, aunque no todos los resultados de la revisión reflejan significancia estadística. En este estudio, se destaca la necesidad de que los gobiernos presten mayor atención a la atención centrada en la persona y a la experiencia vivida por los pacientes en su tratamiento, garantizando así mejoras en la seguridad y la calidad de la atención sanitaria. También se evidencia una escasez de estudios que evalúen la práctica de la atención centrada en la persona sobre la seguridad del paciente en especialidades distintas a la enfermería y a la medicina.

Es crucial garantizar en las instituciones prestadoras de servicios de salud un personal adecuado y una formación suficiente para mantener un ambiente de atención centrada en la persona. La sobrecarga laboral y la fatiga han demostrado ser factores que impiden que haya una atención segura y de calidad, aumentando el riesgo de cometer errores. El empoderamiento y la

participación de los pacientes son fundamental en el cuidado de su propia seguridad. Su involucramiento en la toma de decisiones sobre su salud es necesario para mantener un ambiente de atención centrada en la persona. En la atención de pacientes geriátricos y pacientes con trastornos psicológicos, ha habido dificultades para seguir las preferencias de cuidado por el temor a aumentar los riesgos; sin embargo, se debe buscar el equilibrio entre el respeto por las preferencias de los pacientes y familiares y el mantenimiento de un nivel de riesgo aceptable y seguro.

Deben realizarse intervenciones y capacitaciones con el involucramiento de los gerentes, centradas en comportamientos de liderazgo transformacional, así como en el desarrollo de habilidades comunicativas y competencias relacionadas con enfoques de atención centrada en la persona. La atención centrada en la persona ha reportado aumento en la satisfacción del paciente, alivio del dolor más efectivo, información actualizada sobre los medicamentos prescritos, mejoras en la comunicación interpersonal e interprofesional. Las listas de verificación han demostrado ser más efectivas desde un enfoque centrado en la persona.

La atención centrada en la persona implica un respeto hacia las expectativas y preferencias de los pacientes y sus familiares, el involucramiento en las decisiones de su propia salud y el reconocimiento de la persona como centro de la atención y como la fuente de información más significativa. Los estándares de calidad deben enfocarse cada vez más en la experiencia vivida de los pacientes que en los procesos y resultados físicos.

### **Contribución del autor**

El autor K.C. desempeñó un papel integral en todas las etapas del proceso de elaboración de la revisión sistemática. Desde la concepción y diseño del estudio hasta la redacción definitiva del manuscrito, su contribución abarcó la formulación de la pregunta de investigación, la selección de las bases de datos, la aplicación de criterios de inclusión y exclusión, así como la revisión independiente de estudios. Se encargó de la extracción de datos, el análisis de datos, interpretación de los resultados, redacción de la discusión y realizó una revisión crítica del manuscrito final. Asumió la responsabilidad de responder a las revisiones editoriales, garantizando la coherencia y calidad del documento final.

### **Declaración ética**

La presente revisión sistemática se condujo de manera ética, contribuyendo de manera responsable al conocimiento en el área y siguiendo las pautas de la Declaración PRISMA.

### **Agradecimientos**

Agradecimientos especiales al Dr. Jimmy Martin, profesor de la Universidad Internacional de la Rioja, quién me asesoró durante el desarrollo de la presente investigación.

### **Conflictos de interés**

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

## Financiamiento

El autor no recibió financiamiento específico para este trabajo.

## ORCID:

**Kavhas Castro Carreño:** <https://orcid.org/0000-0002-0704-0254>

## Referencias

1. Kaba R, Sooriakumaran P. The evolution of the doctor-patient relationship. *International Journal of Surgery*. 2007 Feb;5(1):57-65.
2. Szasz TS, Hollender MH. A Contribution to the Philosophy of medicine: The Basic Models of the Doctor-Patient Relationship. *AMA Arch Intern Med* [Internet]. 1956 May 1 [cited 2024 Mar 26];97(5):585-92. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/560914>
3. Van Der Eijk M, Nijhuis FAP, Faber MJ, Bloem BR. Moving from physician-centered care towards patient-centered care for Parkinson's disease patients. Vol. 19, *Parkinsonism and Related Disorders*. 2013. p. 923-7.
4. Bensing J. Bridging the gap.: The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. *Patient Educ Couns*. 2000 Jan 1;39(1):17-25.
5. Kruser TJ, Kruser JM, Gross JP, Moran M, Kaiser K, Szmuiłowicz E, et al. Medical oncologist perspectives on palliative care reveal physician-centered barriers to early integration. *Ann Cardiothorac Surg*. 2020 Sep 1;9(5):2800-8.
6. Ortiz MR. Patient-Centered Care: Nursing Knowledge and Policy. *Nurs Sci Q*. 2018 Jul 1;31(3):291-5.
7. Institute for Patient and Family Centered Care (IPFCC). What is PFCC?. Patient and family centered care [Internet]. [cited 2024 Mar 26]. Available from: <https://www.ipfcc.org/about/pfcc.html>
8. Clarke PN, Fawcett J. Nursing Knowledge Driving Person-Centered Care. *Nurs Sci Q*. 2016 Oct 1;29(4):285-7.
9. America I of M (US) C on Q of HC in. Crossing the Quality Chasm. 2001 Jul 19 [cited 2024 Mar 26]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222274/>
10. Morgan S, Yoder LH. A Concept Analysis of Person-Centered Care. *Journal of Holistic Nursing*. 2012 Mar;30(1):6-15.
11. Rodrigo O, Caís J, Monforte-Royo C. Transfer of nurse education to universities under a model of person-centred care: A consequence of changes in Spanish society during the democratic transition. *Nurse Educ Today*. 2017 Jul 1;54:21-7.
12. World Health Organization & WHO Patient Safety. Conceptual framework for the international classification for patient safety version 1.1: final technical report January 2009 [Internet]. 2009 [cited 2024 Mar 26]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/70882>
13. National Patient Safety Foundation. Free from Harm: Accelerating Patient Safety Improvement Fifteen Years after "To Err Is Human" | Institute for Healthcare Improvement [Internet]. [cited 2024 Mar 26]. Available from: <https://www.ihf.org/resources/publications/free-from-harm-accelerating-patient-safety-improvement-fifteen-years-after-to-err-is-human>

14. Lark ME, Kirkpatrick K, Chung KC. Patient Safety Movement: History and Future Directions. Vol. 43, *Journal of Hand Surgery*. W.B. Saunders; 2018. p. 174–8.
15. Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021 - 2030. Hacia la eliminación de los daños evitables en la atención de salud. Oms [Internet]. 2022 [cited 2024 Mar 27];1–116. Available from: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240032705>
16. Donabedian A. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. *Health Serv Res* [Internet]. 1981 [cited 2024 Mar 26];16(2):236–7. Available from: <https://search.worldcat.org/title/857527526>
17. Blumenthal D. Quality of Care — What is It? *New England Journal of Medicine* [Internet]. 1996 Sep 19 [cited 2024 Mar 26];335(12):891–4. Available from: <https://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJM199609193351213>
18. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *The BMJ* [Internet]. 2021 Mar 29 [cited 2024 Mar 26];372. Available from: [/pmc/articles/PMC8005924/](https://pmc/articles/PMC8005924/)
19. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: A critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ* (Online). 2017;358.
20. Edvardsson D, Fetherstonhaugh D, Nay R, Gibson S. Development and initial testing of the Person-centered Care Assessment Tool (P-CAT). *Int Psychogeriatr*. 2010 Feb;22(1):101–8.
21. Edvardsson D, Sandman PO, Rasmussen B. Construction and psychometric evaluation of the Swedish language Person-centred Climate Questionnaire - Staff version. *J Nurs Manag*. 2009 Nov;17(7):790–5.
22. Mccance T, Telford L, Wilson J, Macleod O, Dowd A. Identifying key performance indicators for nursing and midwifery care using a consensus approach. *J Clin Nurs*. 2012 Apr;21(7–8):1145–54.
23. Park SJ, Kang JY, Lee YO. A Study on Hospital Nurses' Perception of Patient Safety Culture and Safety Care Activity. *Journal of Korean Critical Care Nursing*. 2012 Jun 30;5(1):44–55.
24. Cappelen K, Aase K, Storm M, Hetland J, Harris A. Psychometric properties of the Nursing Home Survey on Patient Safety Culture in Norwegian nursing homes. Vol. 16, *BMC Health Services Research*. BioMed Central Ltd.; 2016.
25. Center U.M. The use of the WHO-UMC system for standardised case causality assessment [Internet]. 2018 [cited 2024 Mar 27]. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/WHO-causality-assessment>
26. National Patient Safety Agency. Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF). | PSNet [Internet]. 2006 [cited 2024 Mar 27]. Available from: <https://psnet.ahrq.gov/issue/manchester-patient-safety-framework-mapsaf>
27. Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Q* [Internet]. 2005 [cited 2024 Mar 27];83(4):691. Available from: [/pmc/articles/PMC2690293/](https://pmc/articles/PMC2690293/)
28. Brédart A, Bottomley A, Blazeby JM, Conroy T, Coens C, D'Haese S, et

al. An international prospective study of the EORTC cancer in-patient satisfaction with care measure (EORTC IN-PATSAT32). *Eur J Cancer*. 2005 Sep;41(14):2120–31.

29. Huh A, Shin JH. Person-centered care practice, patient safety competence, and patient safety nursing activities of nurses working in geriatric hospitals. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 May 2;18(10).

30. Jakobsson S, Ringström G, Andersson E, Eliasson B, Johannsson G, Simrén M, et al. Patient safety before and after implementing person-centred inpatient care — A quasi-experimental study. *J Clin Nurs*. 2020 Feb 1;29(3–4):602–12.

31. Dubois H, Schmidt PT, Creutzfeldt J, Bergenmar M. Person-centered endoscopy safety checklist: development, implementation, and evaluation. *World J Gastroenterol*. 2017 Dec 28;23(48):8605–14.

32. Harper R, Ward L, Silburn K. The sum of us. Implementing a Person Centred Care Bundle - A narrative inquiry. *Applied Nursing Research*. 2020 Oct 1;55.

33. Paul D, Glover S, Roche MA, Klarnett K, Chen X, Wall J, et al. Enhancing person-centred care in inpatient mental health settings through supported person-side handover: a multi method study. *Contemp Nurse*. 2021;57(3–4):290–301.

34. Alexiou E, Wijk H, Ahlquist G, Kullgren A, Degl' Innocenti A. Sustainability of a person-centered ward atmosphere and possibility to provide person-centered forensic psychiatric care after facility relocation. *J Forensic Leg Med*. 2018 May 1;56:108–13.

35. Rossiter C, Levett-Jones T, Pich J. The impact of person-centred care on patient safety: An umbrella review of systematic reviews. Vol. 109, *International Journal of Nursing Studies*. Elsevier Ltd; 2020.

36. de Oliveira AM, Varallo FR, Rodrigues JPV, Aguilar GJ, da Costa Lima NK, Leira Pereira LR. Contribution of Pharmaceutical Care to Person-centered Health Care and the Safety of Pharmacotherapy for Hospitalized Older Individuals in Brazil: An Investigative Single-arm Intervention Trial. *Curr Drug Saf*. 2022 Jun 15;18(2):253–63.

37. Wang M, Dewing J. Exploring mediating effects between nursing leadership and patient safety from a person-centred perspective: A literature review. Vol. 29, *Journal of Nursing Management*. John Wiley and Sons Inc; 2021. p. 878–89.

38. Lood Q, Sjögren K, Bergland Å, Lindkvist M, Kirkevold M, Sandman PO, et al. Effects of a staff education programme about person-centred care and promotion of thriving on relatives' satisfaction with quality of care in nursing homes: A multi-centre, non-equivalent controlled before-after trial. *BMC Geriatr*. 2020 Aug 1;20(1).

39. Kerestes C, Delafield R, Elia J, Shochet T, Kaneshiro B, Soon R. Person-centered, high-quality care from a distance: A qualitative study of patient experiences of TelAbortion , a model for direct-to-patient medication abortion by mail in the United States . *Perspect Sex Reprod Health*. 2022 Dec;54(4):177–87.

40. Kullberg A, Sharp L, Johansson H, Brandberg Y, Bergenmar M. Patient satisfaction after implementation of person-centred handover in oncological inpatient care - A cross-sectional study. *PLoS One*. 2017 Apr 1;12(4).

41. Radbron E, Middleton R, Wilson V, McCance T. How nurses and midwives engage with patient experience data to inform person-centred quality and safety improvements. *J Clin Nurs*. 2022 Dec 1;31(23–24):3464–76.