Revista Académica Internacional de Investigación Multidisciplinaria

Revista Académica Internacional de Investigación Multidisciplinaria
Volumen 1, Número 6, pp 01-11, 2026 ISSN: 3115-1426

Gestión del cuidado de enfermería en situaciones de desastre: un modelo conceptual desde el marco de Sendai

Nursing care management in disaster situations: a conceptual model based on the Sendai Framework

Artículo de investigación

Elix Mary Salas[1], Maryelix Nathalie Velazquez Salas[2]

Resumen

Los desastres provocados por eventos naturales y de origen humano generan crisis sanitarias complejas que afectan los ámbitos de salud, socioeconómicos y políticos, poniendo en peligro la seguridad global. Ante estas situaciones, el cuidado dirigido por el personal de enfermería enfrenta importantes desafíos operativos. Propósito: Analizar la gestión del cuidado en enfermería en contextos de desastre, a través, de la revisión de la literatura científica, con el fin de crear un modelo conceptual emergente fundamentado en las competencias necesarias en el siglo XXI. Métodos: Investigación cualitativa con un enfoque documental. Se empleó el método de teoría fundamentada para realizar un análisis comparativo constante de 27 investigaciones seleccionadas mediante un muestreo teórico en bases de datos como PubMed, SciELO, CINAHL, Scopus y Web of Science. Se utilizaron descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS/MeSH) combinados con operadores booleanos (Enfermería OR Nursing) AND (Gestión del Cuidado OR Care Management) AND (Desastres Naturales OR Natural Disasters), comprendiendo un periodo de búsqueda de 2000 a 2026. Las unidades analizadas se estructuraron de acuerdo con las directrices del Marco de Sendai. Resultados/Discusión: La sistematización continua mostró que incluir planes de contingencia es vital, con cuidado humano como clave durante la respuesta, rehabilitación y recuperación. Se propone conectar competencias clínicas con guías globales de gestión del riesgo. Conclusión: La gestión del riesgo frente a desastres demanda una estructura operativa del cuidado sustentada en la vigilancia epidemiológica y en la coordinación de la resiliencia institucional en todos los niveles del sistema de salud.

Palabras clave: Alerta temprana, atención de enfermería, gestión del riesgo de desastres, Marco de Sendai, salud pública, vigilancia epidemiológica.

Recibido: 05 de julio de 2026 Aceptado: 21 de septiembre de 2026
Received: 05 July 2026 *Accepted: 21 September 2026*

[1] maryesalas15@gmail.com
Universidad Politecnica Territorial del Estado Merida Kleber Ramirez
[2] nathalievelazquezsalas@gmail.com
Universidad Politecnica Territorial del Estado Merida Kleber Ramirez

Abstract

Disasters caused by natural and human-made events generate complex health crises that affect the health, socioeconomic, and political spheres, jeopardizing global security. In these situations, nursing-led care faces significant operational challenges. Purpose: To analyze nursing care management in disaster contexts, through a review of the scientific literature, in order to create an emerging conceptual model based on the competencies needed in the 21st century. Methods: Qualitative research with a documentary approach. Grounded theory was used to conduct a constant comparative analysis of 27 studies selected through theoretical sampling from databases such as PubMed, SciELO, CINAHL, Scopus, and Web of Science. Health Sciences descriptors (DeCS/MeSH) were used in combination with Boolean operators (Nursing) AND (Care Management) And (Natural Disasters), covering a search period from 2000 to 2026. The units of analysis were structured according to the Sendai Framwork guidelines. Results/Discussion: Ongoing systematization showed that including contingency plans is vital, with human care as key during response, rehabilitation, and recovery. Connecting clinical competencies with global risk management guidelines is proposed. Conclusion: Disaster risk management demands an operational care structure based on epidemiological surveillance and the coordination of institutional resilience at all levels of the health system.

Keywords: Early warning, nursing care, disaster risk management, Sendai Framework, public health, epidemiological surveillance.

Introducción

Los desastres, ya sean naturales o causados por el hombre, provocan crisis sanitarias complicadas a nivel global que alteran las estructuras socioeconómicas y los sistemas de salud. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), estas circunstancias causan desequilibrios en los ecosistemas, pérdidas de vidas y el deterioro de las instalaciones de salud, cuya escala supera la capacidad de respuesta local y requiere intervenciones multidisciplinarias excepcionales. No son meros eventos aleatorios; dichos incidentes representan desafíos significativos para la planificación y el desarrollo (Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2000). Considerando que el riesgo es un concepto social que cambia con el tiempo, su disminución necesita un esfuerzo institucional continuo y coordinado, dejando atrás las respuestas aisladas o temporales ante las crisis de salud pública actuales.

Históricamente, el abordaje de estas crisis se centraba en la Reducción del Riesgo de Desastres (RRD), dando prioridad a las etapas de prevención, mitigación y preparación, siguiendo las pautas del Marco de Acción de Hyogo. Sin embargo, el cambio hacia la Gestión del Riesgo de Desastres (GRD) introdujo un enfoque administrativo que integra estas fases iniciales con las actividades de respuesta, rehabilitación y recuperación. Desde esta perspectiva, el Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030 (Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción del Riesgo de Desastres (UNDRR), 2015) amplió el enfoque al incluir formalmente los riesgos biológicos, tecnológicos y medioambientales, y resaltó la importancia de la resiliencia en el ámbito de la salud. Este tratado internacional exhorta a los países a reducir

las amenazas actuales y prevenir nuevos riesgos, incentivando la participación y el empoderamiento de los profesionales en la primera línea de respuesta.

En este escenario intersectorial, el profesional de enfermería emerge como un actor estratégico en la gestión del cuidado humano. Su función trasciende la asistencia clínica inmediata; abarca la planificación macroinstitucional, el diseño de sistemas de triaje avanzados, la mitigación del impacto sanitario y la reconstrucción del tejido social posdesastre (Álvarez Sariego y Andión Torralba, 2023). Cada una de las fases del ciclo del desastre presenta escenarios epidemiológicos específicos y demandas logísticas particulares que requieren de un liderazgo de enfermería flexible, autónomo y con competencias directivas bien definidas.

Pese a esta relevancia, la literatura científica contemporánea presenta una importante brecha de investigación: suele relegar el rol de enfermería a una función técnica, operativa y subordinada a los comités de emergencia médica, omitiendo su capacidad directiva en la gobernanza del riesgo. Existe una marcada divergencia teórica y metodológica sobre cómo se estructura la administración del cuidado como una práctica científica, autónoma y sistemática en las etapas de respuesta, rehabilitación y recuperación ante las crisis del siglo XXI. Esta falta de consenso limita la aprobación de planes de contingencia integrales y disminuye la formación curricular en la educación superior, donde pocas veces se evalúan o estandarizan estas competencias.

Sostenido en este vacío de conocimiento, se hace imperioso sistematizar la evidencia favorable para dotar a la disciplina de un marco comprensivo y organizado. Por consiguiente, este estudio plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las dimensiones teóricas y metodológicas que configuran la gestión del cuidado de enfermería en situaciones de desastre para la construcción de un modelo conceptual emergente alineado con el Marco de Sendai?

Con el objetivo de abordar esta realidad, la presente investigación tiene el propósito de examinar la administración del cuidado enfermero en contextos de emergencia mediante un estudio profundo de la literatura científica de alta calidad, con el fin de desarrollar un modelo conceptual emergente que delimite sus habilidades y competencias estratégicas en las crisis sanitarias del siglo XXI.

Metodología

La búsqueda sistemática de documentos científicos de calidad superior se realizó entre enero y abril de 2026. Se examinaron a fondo cinco bases de datos internacionales, ajustando los términos de búsqueda a la estructura y tesauros específicos (MeSH/DeCS) de cada sistema mediante la utilización de operadores booleanos. PubMed/MEDLINE: (“Nursing”(Mesh) OR “Nursing Process”(Mesh) AND (“Disaster Planning”(Mesh) OR “Disasters”(Mesh) AND “Disaster Medicine”(Mesh) CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature): (MH “Nursing Care”) AND (MH “Disasters”) AND (MH “Disaster Planning”) Scopus / Web of Science (WoS): TITLE-ABS-KEY (“Nursing Management” AND “Care Management” AND (“Natural Disasters” OR “Disaster Risk Reduction”) SciELO: (enfermería OR nursing) AND (gestion del cuidado OR care management) AND (desastres naturales OR desastres)

El periodo considerado se restringió estrictamente a publicaciones publicadas entre 2000 y 2026.

Revista Académica Internacional de Investigación Multidisciplinaria
Volumen 1, Número 6, pp 01-11, 2026 ISSN: 3115-1426

Se llevó a cabo un muestreo teórico para seleccionar los documentos. Los criterios de inclusión incluyeron artículos originales indexados, redactados en español, inglés o portugués, que trataran principalmente sobre la gobernanza, habilidades de gestión o manejo del cuidado en el contexto de desastres. Los criterios de exclusión abarcaron artículos periodísticos, cartas al editor, ensayos de opinión o estudios que se enfocaran únicamente en la atención clínica de emergencias cotidianas sin relación con eventos de desastres a gran escala. Después de la selección y la evaluación de la calidad metodológica de acuerdo con las directrices de la iniciativa CASPe, la muestra final constó de 27 estudios elegidos, alcanzando así el umbral de saturación teórica.

La elaboración y procedimiento de la información se llevó a cabo utilizando el método de comparación constante a través de tres fases consecutivas de abstracción en la matriz de documentos:

a. El análisis detallado, se llevó a cabo línea por línea, de la matriz de documentos para identificar incidentes, códigos relevantes y señales textuales primarias relacionadas con la atención en situaciones de emergencia.

b. La organización conceptual de los códigos iniciales se establecieron como conexiones lógico-estructurales, lo que resultó en la creación de subcategorías y categorías analíticas transversales.

c. Clasificación selectiva, se realizó como un proceso de mayor abstracción donde se determinó la categoría central unificadora: la gestión del cuidado como el elemento central en el ciclo del desastre según el enfoque del Marco de Sendai, en torno al cual se articula el modelo explicativo emergente.

La eficacia y la fiabilidad de la investigación se mantuvieron a través de los criterios normativos de rigor cualitativo:

a. Credibilidad: fue asegurada mediante la triangulación analítica entre investigadores en todas las etapas de codificación y discusión de categorías.

b. Auditabilidad: Protegida a través del mantenimiento estricto del registro de análisis, los diagramas conceptuales y las matrices de codificación establecidas.

c. Transferibilidad: Garantizada al comprobar que los constructos teóricos desarrollados son aplicables y extrapolables a la formulación de políticas de salud, ajustes en los programas universitarios y guías de práctica de enfermería en el contexto de la salud pública actual.

Resultados

A partir de la comparación de los resultados del análisis constante y del proceso de codificación sistemática de las 27 unidades documentales seleccionadas, emergieron tres categorías axiales que sustentan la categoría central del modelo.

Estructura y análisis del corpus documental seleccionado

Con el fin de asegurar la reproducibilidad solicitada, se detalla la organización del conjunto documental y se ofrecen ejemplos del proceso de abstracción desde el dato textual (código activo) hasta la categoría principal.

Tabla 1.
Síntesis del corpus documental seleccionado (muestra de codificación).

Código del Documento	Base de Datos	Enfoque Principal	Eje temático en el ciclo del desastre
D01 a D08	PubMed / Scopus	Gestión gerencial y resiliencia hospitalaria	Fase predesastre (mitigación y SAT)
D09 a D18	WoS / CINAHL	Competencias clínicas y triaje epidemiológico	Fase de Respuesta Inmediata
D19 a D27	SciELO / Scopus	Salud comunitaria, sindemias y post-desastre	Fase postdesastre (Reconstrucción)

Fuente: Elaboración propia.

Resumen fundamentado en la clasificación analítica del conjunto de documentos elegido (= 27).

Análisis e interpretación del corpus documental (muestra de codificación)

El muestreo teórico e inductivo característico de la teoría fundamentada se estableció a través de la delimitación y el examen minucioso de un conjunto formado por 27 unidades de análisis documental (N=27). La organización y segmentación de esta muestra se presentan de forma sistemática en la Tabla 1, lo que evidencia una representatividad transectorial que facilitó el paso de la descripción textual a la emergencia de conceptos.

El primer bloque analítico, que abarca documentos del D01 al D08 y se obtiene de plataformas científicas muy selectivas como Scopus y PubMed, se enfocó en la resiliencia y en la administración de los hospitales. El estudio correlacionado de este subgrupo reveló que el enfoque de la literatura mundial es en la fase anterior a un desastre, particularmente a través del aumento de las capacidades institucionales, la disminución de riesgos y el establecimiento de sistemas de alerta temprana (SAT). Los datos estructurados en este nodo señalan que una infraestructura hospitalaria flexible requiere de una planificación previa, no solo de un diseño reactivo frente a situaciones de desastre.

En otra parte, el segmento que abarca los códigos D09 a D18, obtenido de bases de datos como Web of Science (WoS) y CINAHL, proporcionó una base conceptual sobre las competencias clínicas y el triaje epidemiológico durante la fase de respuesta inmediata. La concentración de literatura en esta área de enfermería resalta que la eficacia operativa frente a un evento adverso crítico no depende solo de la disponibilidad de recursos, sino también de la autonomía y el liderazgo clínico para manejar flujos masivos de pacientes en contextos de alta incertidumbre logística.

Posteriormente, el bloque de documentos de D19 a D27, principalmente extraído de SciELO y Scopus, ofreció una perspectiva contextual en el ámbito latinoamericano y en la salud pública regional, enfocada en la salud comunitaria, las sindemias y el escenario posdesastre.

Este último grupo de análisis fue fundamental para alimentar la Fase Post-desastre (Reconstrucción), permitiendo que el modelo conceptual emergente incluyera la dimensión onto-epistemológica del cuidado humano.

Los hallazgos de esta codificación final indican que la estabilización de las comunidades afectadas va más allá de la asistencia humanitaria a corto plazo, requiriendo un enfoque integral basado en la reconstrucción psicosocial, la adaptación comunitaria sostenible y la vigilancia epidemiológica continua frente a enfermedades emergentes y reemergentes.

Tabla 2.
Matriz de codificación constante y categorías emergentes.

Incidente / Código Vivo (dato textual)	Código Axial (Subcategoría)	Categoría emergente.
La respuesta tradicional es fragmentada y técnica. Se necesita un liderazgo de enfermería en la alerta temprana... (D03, D12)	Gobernanza del riesgo y sistemas de alerta temprana (SAT).	Categoría 1: Reducción proactiva y resiliencia pre-desastre.
Los protocolos fallan en crisis complejas; el triaje debe ser epidemiológico y autónomo por enfermería. (D07, D19)	Reconversión logística y triaje sindrómico/epidemiológico.	Categoría 2: Autonomía operativa en la respuesta multidimensional.
El postdesastre provoca brotes y efectos en la salud mental que necesitan un monitoreo constante. (D22, D25).	Vigilancia de enfermedades emergentes y reconstrucción psicosocial.	Categoría 3: Adaptación sindémica y estabilización postdesastre.

Fuente: Elaboración propia.

Fragmentos de texto obtenidos de las unidades de análisis elegidas (N=27) y organizados utilizando el método de comparación continua.

Análisis de la matriz de codificación y emergencia de categorías

El proceso de los datos empíricos sin procesar hacia una teoría más abstracta se logró a través del método de comparación constante. Tal como se muestra en la Tabla 2, el examen de los incidentes y códigos clave extraídos del material documental facilitó el reconocimiento de patrones relacionales consistentes, orientando el proceso desde la codificación abierta hasta la organización de tres categorías conceptuales emergentes que transforman la función profesional de la enfermería.

La primera conexión analítica surge de la crítica explícita en la literatura sobre las limitaciones de enfoques institucionales reactivos, reflejada en los códigos clave de las unidades D03 y D12, donde la respuesta habitual se describe como "fragmentada y técnica". Frente a esta deficiencia, el análisis cualitativo identificó de manera fundamental la necesidad crucial de un "liderazgo en enfermería para alertas tempranas". Este descubrimiento condujo al surgimiento de la subcategoría Gobernanza del riesgo y Sistemas de Alerta Temprana (SAT), que apoya la Categoría 1: Reducción proactiva y resiliencia predesastre. La comprensión teórica de este nodo sugiere que la gestión del cuidado en la fase de prevención debe ir más allá de la simple instrucción técnica y evolucionar hacia una práctica política y organizativa, donde el profesional de enfermería participe en el codiseño de sistemas comunitarios de detección que sean culturalmente adecuados.

En segundo lugar, el análisis evidenció que los métodos clásicos fallan en los hospitales durante períodos de colapso o emergencias de salud combinadas, como se refleja en los relatos de los documentos D07 y D19 ("los protocolos no son efectivos en crisis complicadas"). La respuesta inductiva de los datos indicó la necesidad de una transformación estructural: llevar a cabo un "triaje epidemiológico y autónomo por parte de enfermería". Esta exigencia de la información recopilada se organizó bajo la subcategoría Reconversión logística y triaje sindrómico-epidemiológico, que sirve como base para la Categoría 2: Autonomía operativa en la respuesta multidimensional. El análisis relacional de esta categoría muestra que, durante un desastre, la gestión del cuidado se convierte en un proceso técnico-operativo clave; las decisiones en enfermería deben ser autónomas para reorganizar de manera eficiente los flujos en el hospital, priorizar la atención a las víctimas y garantizar un aislamiento clínico inmediato.

Por último, el estudio de las secuelas a largo plazo tras el acontecimiento adverso, evidenciado en las unidades D22 y D25, demostró que el final de la crisis física inmediata no elimina la emergencia

sanitaria, dado que el "postdesastre provoca brotes y problemas de salud mental".

Esta preocupación conceptual se plasmó en la subcategoría vigilancia de enfermedades emergentes y reconstrucción psicosocial, que dio origen a la Categoría 3: Adaptación sindémica y estabilización postdesastre. Desde la perspectiva ontoepistemológica de la materia, la evaluación de esta categoría revela que el bienestar humano en un contexto postdesastre se enfrenta a la dificultad de restaurar la trama social. Esto requiere implementar estrategias educativas dirigidas al empoderamiento de la comunidad, la normalización socioeconómica y el diseño de sistemas de vigilancia epidemiológica continua en el nivel primario de atención, así completando y renovando el ciclo integral de gestión del riesgo**.**

Estructura del Modelo Conceptual Emergente

Tabla 3.
Estructura relacional del modelo conceptual emergente para la gestión de riesgos en enfermería.

Dimensión del modelo	**Componente estructural**	**Ámbito de acción disciplinar (praxis)**	**Anclaje político-normativo (Sendai)**
Macroestructura	Eje político-normativo	Dirección estratégica de las políticas de salud pública y seguridad sanitaria.	Marco de Sendai (2015-2030): prioridades de actuación 1, 2 y 4 (UNDRR, 2015).
Núcleo central	Praxis autónoma de enfermería.	Planificación logística, discernimiento clínico independiente y rectoría del cuidado humano.	Razonamiento ontológico de la disciplina de enfermería ante crisis complejas.
Fase 1: Pre-impacto	Categoría 1: Reducción proactiva y resiliencia predesastre.	Diagnóstico de sistemas de alerta temprana (SAT).	Prioridad 1: comprender el riesgo.
Fase 1: Pre-impacto	Categoría 1: Reducción proactiva y resiliencia pre-desastre	Educación andragógica y empoderamiento comunitario.	Prioridad 2: Fortalecer la gobernabilidad del riesgo de desastres.
Fase 1: pre-impacto	Categoría 1: Reducción proactiva y resiliencia predesastre.	Mitigación proactiva del riesgo local.	Prioridad 2: Fortalecer la gobernabilidad del riesgo de desastres.
Fase 2: Impacto	Categoría 2: Independencia operativa en la respuesta multidimensional.	Triaje epidemiológico y clínico autónomo.	Prioridad 4: Desarrollar la preparación para casos de desastre a fin de dar una respuesta eficaz.
Fase 2: Impacto	Categoría 2: Independencia operativa en la respuesta multidimensional.	Reconversión dinámica de áreas de atención.	Prioridad 4: Potenciar la preparación para casos de desastre a fin de dar una respuesta eficaz.
Fase 2: Impacto	Categoría 2: Independencia operativa en la respuesta multidimensional.	Coordinación y control de flujos asistenciales críticos.	Prioridad 4: Potenciar la preparación para casos de desastre a fin de dar una respuesta eficaz.
Fase 3: Post-Impacto	Categoría 3: Adaptación sindémica y estabilización postdesastre.	Vigilancia epidemiológica y sindémica continua.	Prioridad 4: Enfoque Build Back Better (mejoras estructurales o de preservación) en la recuperación y rehabilitación.
Fase 3: Post-Impacto.	Categoría 3: Adaptación sindémica y	Reconstrucción del tejido social y psicosocial.	Prioridad 4: Enfoque Build Back *Better* (mejoras estructurales

Revista Académica Internacional de Investigación Multidisciplinaria
Volumen 1, Número 6, pp 01-11, 2026 ISSN: 3115-1426

Fuente: Elaboración propia, articulada sobre la base de las prioridades del Marco de Sendai para la reducción del riesgo de desastres 2015-2030 (UNDRR, 2015).

Análisis explicativo de la estructura relacional del Modelo Conceptual. Emergente

La Tabla 3 ilustra el marco teórico y práctico que resulta de la teoría, mostrando la estructura sistémica del modelo conceptual emergente. Este constructo es más que una simple descripción de acciones aisladas, porque crea una matriz tridimensional en la que se entrelazan tres elementos: el núcleo básico de la disciplina, la macroestructura política y normativa a nivel internacional y la aplicación operativa del cuidado humano, que se divide con el correr del tiempo durante las crisis sanitarias.

En el ámbito de la macroestructura, el modelo está fundamentado en el eje político-normativo establecido por el Marco de Sendai (2015-2030). Esta conexión es fundamental desde un punto de vista epistemológico, ya que proporciona a la práctica de enfermería una base de legitimidad tanto legal como global, posicionando las intervenciones de cuidado no como simples respuestas auxiliares, sino como elementos estratégicos imprescindibles para cumplir con las prioridades de acción 1, 2 y 4 de la oficina de las Naciones Unidas para la reducción del riesgo de desastres (UNDRR).

La energía del modelo proviene de su núcleo central: la praxis autónoma de Enfermería. Este elemento actúa como el motor ontológico de la propuesta, estableciendo que, frente a crisis complejas y colapsos en los servicios de salud, la disciplina se encarga de liderar el cuidado mediante el juicio clínico independiente y la gestión logística adaptable. La autonomía, en este contexto, deja de ser una simple aspiración del gremio y se convierte en una necesidad operativa vital para la continuidad del sistema.

Al revisar el flujo temporal de las distintas fases, el modelo revela una interdependencia crítica:

En la Fase 1: Pre-Impacto, la categoría 1 (reducción proactiva y resiliencia predesastre) concreta las Prioridades 1 y 2 del Marco de Sendai. Las acciones de la disciplina, como el diagnóstico de los Sistemas de Alerta Temprana (SAT) y la educación andragógica, funcionan como mecanismos de empoderamiento social. La enfermería transmite el conocimiento científico de manera horizontal a los adultos y líderes comunitarios, fortaleciendo la gobernanza interna y facilitando una mitigación proactiva del riesgo local antes de que el desastre interrumpa la vida diaria.

En la Fase 2: Impacto, el modelo avanza hacia la acción inmediata a través de la categoría 2 (independencia operativa en la respuesta multidimensional), alineándose claramente con la prioridad 4 del Marco de Sendai (respuesta eficaz). En escenarios de descontrol institucional, la práctica se enfoca en gestionar los flujos mediante el triaje epidemiológico y clínico autónomo, la adaptación dinámica de las áreas de atención y el control logístico de flujos críticos. Aquí, el juicio independiente es vital, reemplazando los algoritmos estrictos de la normalidad por una flexibilidad operativa que optimiza los

recursos limitados bajo condiciones extremas.

En la Fase 3: Post-Impacto, se afianza la estabilización a largo plazo en la categoría 3 (adaptación sindémica y estabilización postdesastre), alineándose con el principio de Reconstruir mejor de la prioridad 4 de Sendai. Este modelo reconoce que las consecuencias no son lineales, abordando la crisis desde una perspectiva de vigilancia epidemiológica y sindémica continua, donde se entrelazan brotes biológicos y traumas psicosociales. Al tomar la delantera en la reconstrucción del tejido social y guiar la adaptación sostenible de la atención primaria en salud, la enfermería se asegura de que la comunidad no regrese a su situación anterior de vulnerabilidad, sino que surja con un sistema de cuidado local fortalecido, resiliente y transformado.

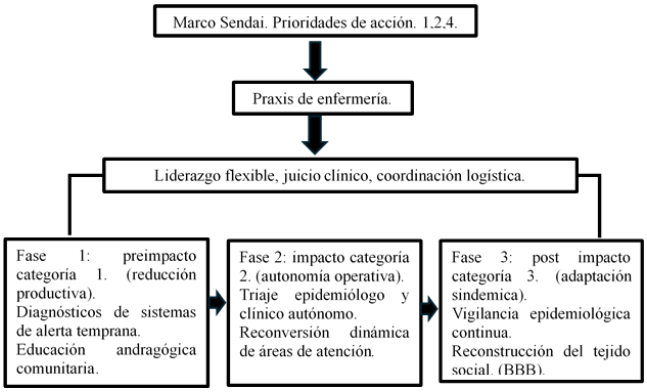


Figura 1. Modelo conceptual emergente para la gestión autónoma del cuidado de enfermería en desastres alineado con el Marco de Sendai.
Fuente: Elaboración propia a partir del proceso de codificación analítica de la teoría fundamentada en las directrices normativas de la Oficina de las Naciones Unidas para la reducción del riesgo de desastres (UNDRR, 2015).

Análisis descriptivo del modelo conceptual emergente

El modelo conceptual ilustrado en la Figura 1, organiza la gobernanza del cuidado mediante un flujo tanto jerárquico como relacional, colocando el Marco de Sendai (Prioridades de Acción 1, 2 y 4) como la base normativa y la guía estructural principal para la gestión del riesgo. A partir de este enfoque político, se origina la praxis de Enfermería, cuya actividad central se impulsa a través de tres competencias esenciales y transversales: liderazgo adaptable, juicio clínico y coordinación efectiva.

Estas competencias transversales se manifiestan y se desarrollan de manera cronológica a través de las tres etapas críticas del ciclo de desastre, alineándose perfectamente con las categorías conceptuales que emergen del estudio:

Fase 1. Preimpacto (Categoría 1: Mitigación proactiva): Centrada en la prevención del riesgo, mediante el análisis de sistemas de alerta temprana y la formación comunitaria dirigida a adultos, estableciendo el cuidado como una barrera preventiva y social.

Fase 2: Impacto (Categoría 2: Autonomía en la operación): Se impulsa en tiempos de crisis mediante el uso autónomo del triaje hospitalario y epidemiológico, llevando a cabo la reorganización dinámica de las áreas de atención, optimizando de esta manera la respuesta en situaciones de alta incertidumbre en la logística.

Fase 3: Postimpacto (Categoría 3: Adaptación sindémica): Afirma la adaptación y la estabilidad de la comunidad a largo plazo mediante la vigilancia epidemiológica constante y el restablecimiento del tejido social bajo la

perspectiva internacional de Build Back Better (BBB), alcanzando una resiliencia sostenible tanto a nivel institucional como local.

Discusiones

La aparición de la gestión del cuidado como un componente independiente y amplio en el ciclo de desastres indica un cambio fundamental en el entendimiento de la disciplina, en contraposición a la literatura científica convencional. Mientras que enfoques históricos clásicos y perspectivas internacionales tradicionales como las directrices de la UNISDR (2005) asignaban a la enfermería un papel meramente técnico y subordinado a las instrucciones médicas durante la fase de impacto, el nuevo modelo formulado por este estudio enfatiza que el manejo de las crisis sanitarias debe ser abordado desde una práctica autónoma y directiva.

Para comprender el alcance y la innovación de esta propuesta frente a las estructuras administrativas precedentes, es imperativo contrastarla con los marcos de referencia clásicos que han modelado la gestión del riesgo en las últimas décadas.

Tabla 4.
Marco general de la gestión del riesgo de desastres y sus limitaciones en la disciplina.

Fase del ciclo	Enfoque administrativo tradicional	Limitación en la praxis de enfermería
Predesastre.	Mitigación, prevención y preparación técnico-estructural institucional.	Enfoque verticalista: fragmentación en la alerta temprana y exclusión del codiseño comunitario.
Durante.	Respuesta inmediata, logística de suministros y atención médica de emergencia.	Subordinación del rol profesional a funciones puramente técnicas y asistenciales mecánicas.
Postdesastre.	Rehabilitación, reconstrucción física y asistencia humanitaria a corto plazo.	Linealidad operativa; omisión de la vigilancia sindémica y del cuidado onto-epistemológico.

Nota: Adaptado conceptualmente a partir de las etapas generales descritas por Bass et al. (2009).

El modelo de referencia presentado por Bass et al. (2009), detallado en la Tabla 4, ha servido históricamente para definir las etapas secuenciales de las crisis. No obstante, al examinarlo críticamente desde la perspectiva de la teoría fundamentada, se observa un vacío disciplinar profundo: estos esquemas tradicionales tienden a despersonalizar las intervenciones y a relegar al profesional de enfermería a un papel estrictamente operativo, subordinado a las decisiones médicas.

Sin embargo, el modelo conceptual emergente derivado de nuestras 27 unidades documentales demuestra que la gestión de las crisis de salud contemporáneas exige un cambio activo en el flujo de atención, encabezado de forma independiente y directiva por el personal de enfermería. Mientras que el modelo clásico de Bass et al. (2009) exterioriza la respuesta como un sistema técnico unitario y homogéneo, nuestros descubrimientos la operativizan a través de un triaje epidemiológico y clínico independiente (Categoría 2), esencial para prevenir que las instituciones colapsen o se conviertan en focos de propagación biológica en contextos de alta incertidumbre logística.

Nuestra investigación es consistente con la de Khirekar et al. (2023), quienes exteriorizan que las crisis bioclimáticas actuales generan fallos en los sistemas jerárquicos de admisión hospitalaria. Sin embargo, nuestro enfoque conceptual avanza al indicar que las soluciones logísticas deben ir más allá de simplemente aumentar la infraestructura; se requiere una transformación activa del flujo asistencial, liderada de manera autónoma por el personal de enfermería. Esta autonomía en el triaje epidemiológico ayuda a reducir la conversión de los centros de salud en propagadores de

enfermedades, un vacío crítico hallado en estudios anteriores.

Adicionalmente, la integración de los resultados con el Marco de Sendai (2015-2030) redefine el papel que juega el cuidado humano en salud pública. En escenarios de sindemias complejas, la descentralización de respuestas y el fortalecimiento del conocimiento local comunitario propuestos en nuestro modelo conceptual se alinean estrechamente con los objetivos globales para reducir la morbimortalidad para el 2030. Previamente, la literatura ha tendido a segmentar las fases de desastre; sin embargo, la teoría fundamentada utilizada en esta investigación revela que la vigilancia epidemiológica constante en la fase posterior al desastre es la que retroalimenta y mejora los Sistemas de Alerta Temprana (SAT) durante la fase previa, completando un ciclo de resiliencia institucional sostenible.

Conclusiones

El examen cualitativo basado en las pautas de la teoría fundamentada, junto con los objetivos del Marco de Sendai, sugiere que la administración del cuidado enfermero en situaciones de calamidad y crisis sanitarias se presenta como una práctica gerencial independiente, completa, multidimensional o compleja.
Este descubrimiento contrasta de manera clara con la visión convencional que limitaba la función de este grupo profesional a un papel estrictamente técnico, reactivamente clínico y subordinado a instituciones.

El modelo conceptual que se ha obtenido de esta investigación muestra que la labor de enfermería es un elemento clave y constante en los tres procesos principales del ciclo de riesgo que se identificaron en la codificación.

Durante la fase de mitigación y preparación anticipada (predesastre), el cuidado humano se instaura como una protección epidemiológica y social mediante el codiseño de Sistemas de Alerta Temprana (SAT) adaptados culturalmente y el fortalecimiento de las habilidades familiares intrínsecas a través de la educación para adultos.

En la etapa de respuesta inmediata multidimensional (durante): La independencia profesional y el liderazgo flexible se manifiestan como elementos cruciales para minimizar el impacto de la sindemia, implementándose desde el triaje epidemiológico a gran escala, la regulación de vectores biológicos y la pronta adaptación de la infraestructura sanitaria en situaciones de gran incertidumbre.

Durante la fase de adaptación y sostenibilidad resiliente (postdesastre), el papel de la enfermería asume una dimensión ontoepistemológica al liderar la recuperación psicosocial del tejido comunitario y coordinar sistemas continuos de vigilancia sindrómica para prevenir brotes de enfermedades nuevas y reemergentes.

Se concluye que las crisis sanitarias del siglo XXI, definidas por dinámicas de sindemia donde se superponen desastres bioclimáticos y emergencias de dispersión biológica, requieren un cambio radical en los sistemas de salud hacia modelos de gobernanza local y transversal.

En este contexto que conecta las agendas de salud, educación y seguridad pública, el profesional de enfermería se establece como el componente técnico-operativo

esencial para implementar directrices internacionales a nivel comunitario.

Finalmente, para que los resultados de este modelo conceptual se conviertan en una mejora tangible en la seguridad sanitaria global, esta investigación enfatiza la necesidad urgente de llevar a cabo tres transformaciones estructurales en la disciplina:

Incluir de manera obligatoria y estandarizada la materia de Enfermería en desastres y gestión del riesgo en los planes de estudio de los niveles de pregrado y posgrado, redirigiendo el enfoque asistencial convencional hacia competencias de salud pública global, epidemiología cualitativa y gestión de alta dirección.

Garantizar la integración estratégica del profesional de enfermería en foros de políticas de salud de alto nivel, comités de bioética y comités de emergencia sanitaria a nivel nacional e internacional donde se toman decisiones y se distribuyen recursos.

Establecer áreas de estudio empírico que evalúen de manera cuantitativa el efecto de la implementación de este modelo en los períodos de respuesta en hospitales, las tasas de enfermedad y la efectividad de la vigilancia sindrómica en poblaciones en riesgo. La evaluación del riesgo debe ser vista como un reto que cambia constantemente, en el cual la administración del cuidado en enfermería se presenta como una disciplina esencial y clave para preservar la vida y la capacidad de recuperación a nivel global.

Referencias

Álvarez Sariego, M., y Andión Torralba, E. (2023). Atención de enfermería en situaciones de desastres: Revisión bibliográfica. *Revista Electrónica de PortalesMedicos.com*, 18(23), artículo 1093. https://www.portalesmedicos.com/revista-medica/atencion-de-enfermeria-en-situaciones-de-desastres-revision-bibliografica/

Baas, S., Erdenebatar, B., y Swift, J. (2001, 16–18 de abril). Pastoral risk management for disaster prevention and preparedness in Central Asia: With special reference to the case of Mongolia [Ponencia en conferencia]. International FAO Asia-Pacific Conference on Early Warning, Prevention, Preparedness and Management of Disasters in Food and Agriculture, Chiang Mai, Tailandia.

Baas, S., Ramasamy, S., de Pryck, J., y Bastida, F. (2009). Guía: Análisis de sistemas de gestión de riesgo de desastres. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación.

Charmaz, K. (2021). Las dinámicas de la teoría fundamentada constructivista en la investigación de la salud. Centro de Investigaciones Cualitativas.

Flick, U. (2024). An introduction to qualitative research (7th ed.). SAGE Publications.

Gómez-Salgado, J., Allande-Cussó, R., y Fernández-García, D. (2020). Competencias del profesional de enfermería en la gestión del cuidado ante crisis humanitarias y desastres: Una revisión sistemática. *Enfermería Clínica*, 30(4), 245–255.

Khirekar, J., Badge, A., Bandre, G. R., y Shahu, S. (2023). Disaster preparedness in hospitals. *Cureus,* 15(12), artículo e50073. https://doi.org/10.7759/cureus.50073

Khirekar, M., Rabbani, M., y Shinde, S. (2023). Disaster preparedness and nursing competencies in tertiary care hospitals: A systematic review. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 88, artículo 103621.

Lamberti-Castronuovo, A., Valente, M., Barone-Adesi, F., Hubloue, I., y Ragazzoni, L. (2022). Primary health care disaster preparedness: A review of the literature and the proposal of a new framework. *International Journal of Disaster Risk Reduction,* 81, artículo 103278. https://doi.org/10.1016/j.ijdrr.2022.103278

Martínez-Rodríguez, M., y Sanjuán-Quiles, Á. (2025). Liderazgo gerencial de enfermería en la gestión del riesgo de desastres: Desafíos para la salud global. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 33, artículo* e4120. https://doi.org/10.1590/1518-8345.6910.4120

Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción del Riesgo de Desastres. (2015). Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015–2030. Naciones Unidas. https://www.unisdr.org/files/43291_spanishsendaiframeworkfordisasterri.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2017). La gestión de riesgos ante una pandemia de gripe: Guía de la OMS para fundamentar y armonizar las medidas nacionales e internacionales de preparación y respuesta ante una pandemia.

Organización Mundial de la Salud. (2020). Novel coronavirus (COVID-19) situation. https://experience.arcgis.com/experience/685d0ace521648f8a5beeeee1b9125cd

Organización Mundial de la Salud. (2021). Marco estratégico de la OMS para la preparación y respuesta ante emergencias sanitarias.

Organización Mundial de la Salud. (2022a). Fortalecimiento de la preparación de los sistemas de salud ante emergencias y desastres: Directrices mundiales esenciales.

Organización Mundial de la Salud. (2022b). Fortalecimiento de la resiliencia de los sistemas de salud ante emergencias y desastres naturales: Directrices globales.

Organización Panamericana de la Salud. (2000a). Establecimiento de sistemas de atención de víctimas en masa tras desastres.

Organización Panamericana de la Salud. (2000b). Los desastres naturales y la protección de la salud (Publicación científica n.º 575).

Organización Panamericana de la Salud. (2023). Fortalecimiento de los sistemas de alerta temprana en el sector salud de las Américas: Directrices operativas.

Saborit-Correa, A., y Pérez-Sánchez, M. (2024). Práctica avanzada de enfermería en la gestión de catástrofes: Un enfoque cualitativo andragógico. *Educación Médica Superior*, 38(2), artículo e3912.

Salas, L., Ramírez, Y., y Rodríguez, O. (2010). Salud comunitaria en emergencias y desastres: Guía técnica para trabajo de campo (2.ª ed.). Editorial Médica Universitaria.

Shiwaku, K., y Shaw, R. (2021). El Marco de Sendai y la resiliencia comunitaria: Lecciones aprendidas para los profesionales de primera línea. *Journal of Integrated Disaster Risk Management,* 11(1), 34–49. https://doi.org/10.5595/idrim.2021.0211

Strauss, A., y Corbin, J. (2016). Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada (4.ª ed.). Universidad de Antioquia.

Tovar-Reina, J. A. (2022). Gestión del cuidado de enfermería en la preparación hospitalaria para emergencias y desastres. *Revista Cuidarte,* 13(2), artículo e2354.

United Nations International Strategy for Disaster Reduction. (2008). Marco de Acción de Hyogo para 2005–2015: Aumento de la resiliencia de las naciones y las comunidades ante los desastres. Naciones Unidas. https://www.unisdr.org/eng/hfa/hfa.htm

Vasilachis de Gialdino, I. (Coord.). (2019). Estrategias de investigación cualitativa (Vol. II). Gedisa.

Veenema, T. G., Losinski, S. L., y Thornton, C. P. (2020). Disaster nursing and emergency preparedness: A call to action for health systems management. *Journal of Nursing Regulation,* 11(2), 23–32. https://doi.org/10.1016/S2155-8256(20)30104-X

Wang, Q., Hu, K., y Zhang, Z. (2020). The coronavirus prevention handbook: 101 science-based tips that could save your life. Skyhorse Publishing.

Watson, J. (2021). Social justice and human caring science: Epistemological foundations for nursing practice. Watson Caring Science Institute.

Zaplana-Díaz, M., y Melero-Mendoza, L. (2026). Emergencia de categorías conceptuales en la gestión del cuidado en situaciones críticas: Una aproximación desde la teoría fundamentada documental. *Revista Iberoamericana de Investigación Cualitativa en Salud, 15*(1), 12–27.