

*Prepared for the first research symposium on care and humanisation and revised by Ana María Porcel Gálvez (PhD, BSc, RN) & Regina Allande Cusso (PhD, RN)
Conference Organised by INVESCARE Granada, Spain. (12 of June 2023).
The English version is accessible from pages 12 -21.*

Adaptación al español del Marco de los Fundamentos del Cuidado: Reporte en español e inglés

PINERO DE PLAZA, Maria Alejandra¹ and KITSON, Alison¹

¹Flinders University, Caring Futures Institute, South Australia, Adelaide, 5000.

ORCID ID: Maria Alejandra Pinero de Plaza <https://orcid.org/0000-0001-5421-9604>

ORCID ID: Alison Kitson <https://orcid.org/0000-0003-3053-8381>

Abstracto. Los cuidados fundamentales combinan las necesidades de la persona atendida con las acciones de quien la cuida. No se trata solo de las necesidades físicas, sino que también comprenden las necesidades psicosociales y relacionales de la persona, respaldadas por la confianza y acciones adecuadas de los que la cuidan. El proceso se desarrolla en el marco de una organización que cuenta con políticas y sistemas sólidos que sitúan a la persona en el centro de la atención, mientras habilitan la satisfacción laboral de los trabajadores. Estas necesidades fundamentales sólo se satisfacen a través de una relación positiva y de confianza con la persona que recibe los cuidados, incluyendo a su familia y a todos los involucrados en el proceso.

Palabras de búsqueda. Cuidado integral, Humanización del cuidado, Enfoque sistémico, Fundamentos del cuidado, Calidad y seguridad en la atención sanitaria, Modelos predictivos, Mapeo de las experiencias de consumidores.

1. La recuperación de los fundamentos del cuidado

El mundo está en un proceso de recuperación de los cuidados fundamentales. Hoy es evidente que la visión maquinista del cuidado y la salud quedó atrás. Ya no vemos a los pacientes ni a los problemas de salud como los vería un mecánico (Figura 1). Hoy no se trata de buscar la parte dañada y repararla o reemplazarla para reestablecer la salud.¹



Figura 1. La visión maquinista del cuidado y la salud quedó atrás.

Ahora hemos comprendido sobre las influencias de muchos factores hacia nuestro comportamiento y tenemos un mejor entendimiento sobre la salud, la enfermedad, el

*Prepared for the first research symposium on care and humanisation and revised by Ana María Porcel Gálvez (PhD, BSc, RN) & Regina Allande Cusso (PhD, RN)
Conference Organised by INVESCARE Granada, Spain. (12 of June 2023).
The English version is accessible from pages 12 -21.*

bienestar y la importancia que tienen los fundamentos del cuidado con respecto a cómo se perciben y viven esos procesos. Tenemos un punto de vista sistémico (Figuras 2 y 3) que verdaderamente coloca a la experiencia humana como el foco de nuestra atención.^{1,2}

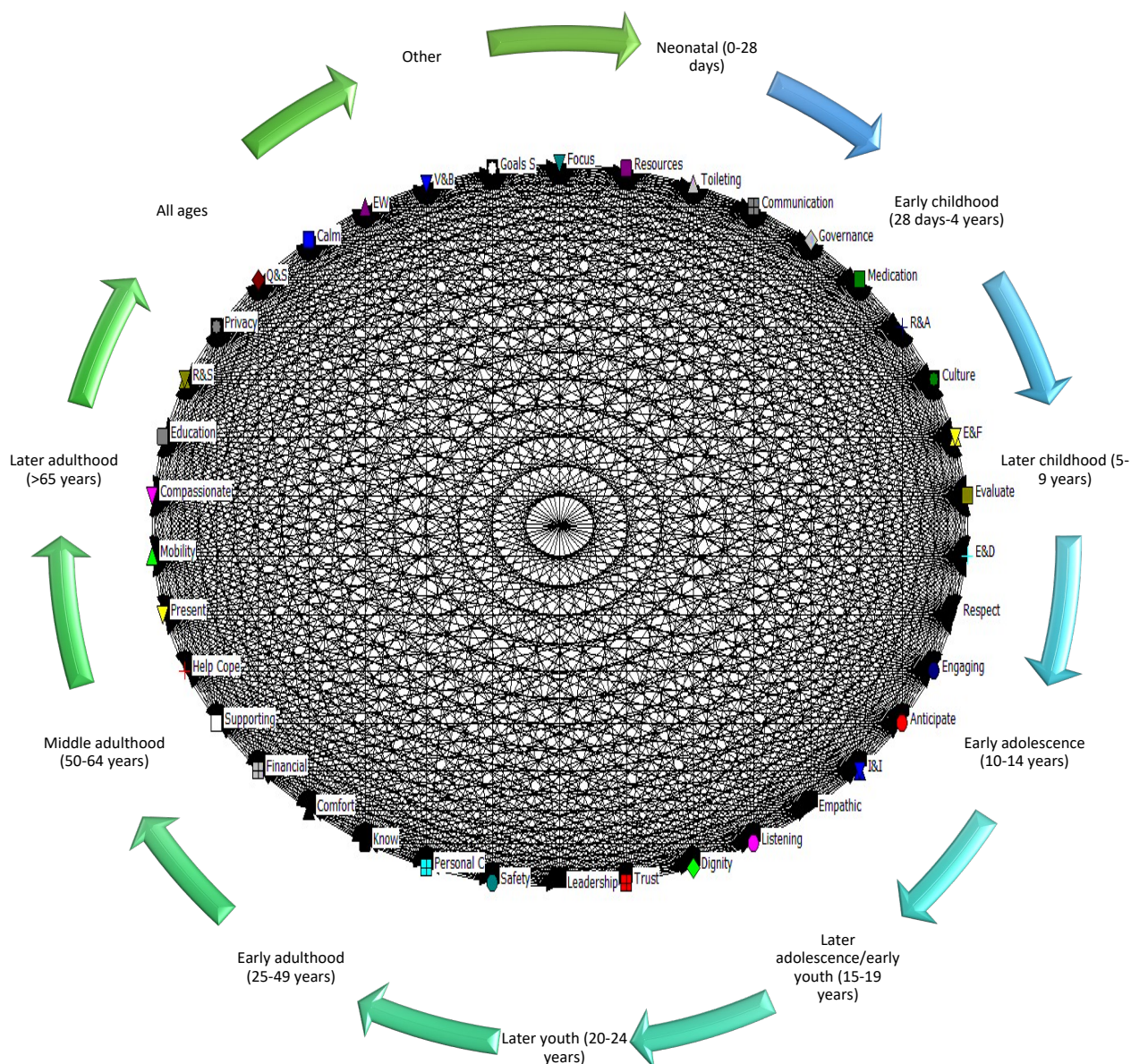


Figura 2. Red de interacciones de los elementos de cuidado fundamental a lo largo de la vida²

Desde las perspectivas presentadas en la Figuras 2 y 3, los cuidados fundamentales combinan las necesidades de la persona atendida con las acciones de quien la cuida. No se trata sólo de las necesidades físicas, sino que también comprenden las necesidades psicosociales y relacionales de la persona, respaldadas por la confianza y acciones

*Prepared for the first research symposium on care and humanisation and revised by Ana María Porcel Gálvez (PhD, BSc, RN) & Regina Allande Cusso (PhD, RN)
Conference Organised by INVESCARE Granada, Spain. (12 of June 2023).
The English version is accessible from pages 12 -21.*

adecuadas de los proveedores del cuidado. El proceso se desarrolla en el marco de una organización que cuenta con políticas y sistemas sólidos que sitúan a la persona en el centro de la atención, mientras habilitan la satisfacción laboral de los relacionados con el servicio de cuidado. Estas necesidades fundamentales sólo se satisfacen a través de una relación positiva y de confianza con la persona que recibe los cuidados, incluyendo a su familia y a todos los involucrados en el proceso.³⁻⁵

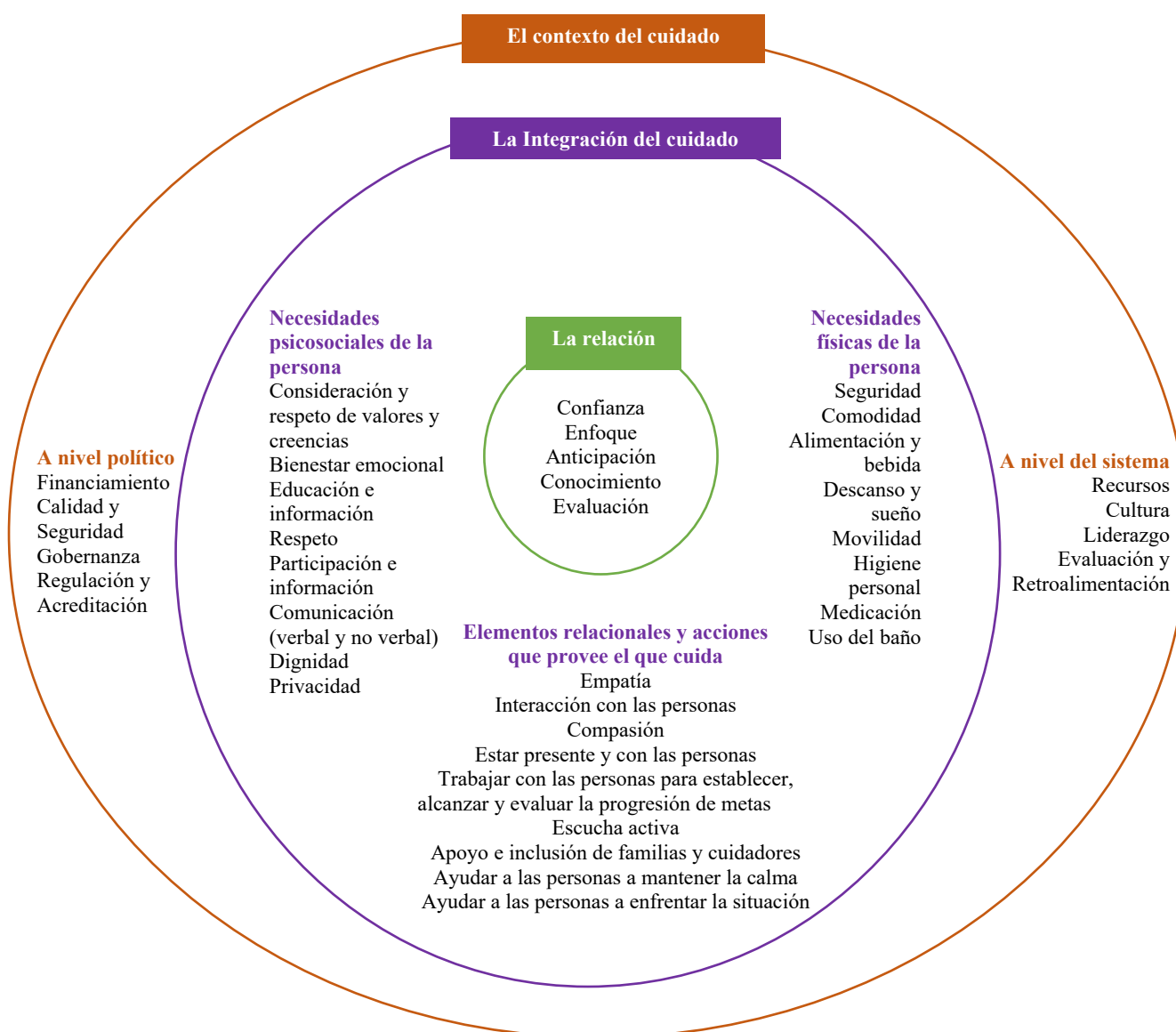


Figura 3 Adaptación del Marco de los Fundamentos del Cuidado y sus elementos al español.⁴

Contenido dentro de la imagen traducido de [un trabajo⁴ derivado y basado en](#) la inicial descripción de Feo et al (2017).⁶

*Prepared for the first research symposium on care and humanisation and revised by Ana María Porcel Gálvez (PhD, BSc, RN) & Regina Allande Cusso (PhD, RN)
Conference Organised by INVESCARE Granada, Spain. (12 of June 2023).
The English version is accessible from pages 12 -21.*

2. ¿Cómo funcionan los fundamentos del cuidado?

Los fundamentos del cuidado son unos aspectos tan humanos e innatos que tienden a pasar desapercibidos porque representan lo que cada uno de nosotros por sentido común y lógica esperamos. Por ejemplo, imaginemos que uno de nuestros seres queridos de edad avanzada sufre un grave accidente automovilístico y notamos que, desde el primer día en el hospital una enfermera llamada Laura atiende a nuestro familiar (llamémosla María), de una manera excepcional (Figura 4).

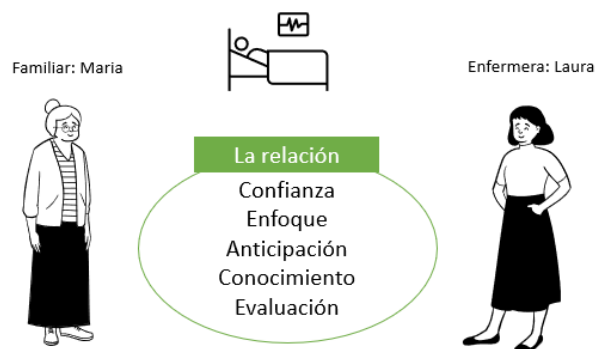


Figura 4 La relación dentro del Marco de los Fundamentos del Cuidado.

Observamos como Laura, con su dedicación y profesionalismo, se convierte en el apoyo inquebrantable de María. Desde el inicio, Laura se asegura de que María se sienta segura y cómoda, garantizando su bienestar físico. Se ocupa de que María reciba una alimentación adecuada, descanso reparador y movilidad dentro de lo posible, asegurándose de que sus necesidades básicas sean atendidas (Figura 5).

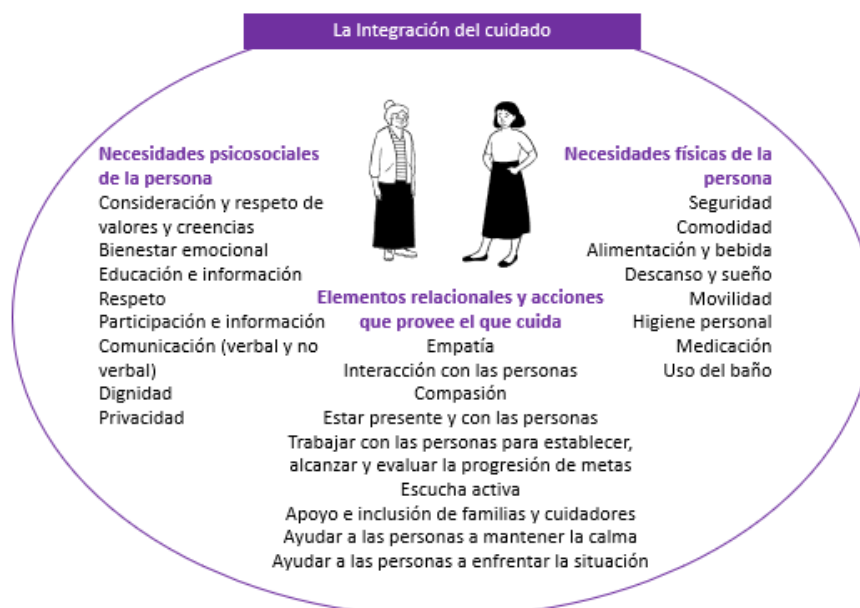


Figura 5 La integración del Cuidado.

*Prepared for the first research symposium on care and humanisation and revised by Ana María Porcel Gálvez (PhD, BSc, RN) & Regina Allande Cusso (PhD, RN)
 Conference Organised by INVESCARE Granada, Spain. (12 of June 2023).
 The English version is accessible from pages 12 -21.*

Pero lo que realmente nos conmueve es la forma en que Laura va más allá de lo físico. Ella entiende que el cuidado implica también la dimensión emocional y relacional. Laura escucha activamente a María, brindándole apoyo y proporcionándole información clara sobre su condición y proceso de recuperación. Ella respeta los valores y creencias de María, preservando su dignidad y privacidad en todo momento. Laura establece una relación de confianza con María y su familia (nosotros), involucrándolos en el proceso de cuidado y se convierte en la persona a la que se puede acudir en busca de orientación y apoyo dentro del sistema (Figura 6).



Figura 6 El contexto del Cuidado.

La pregunta es ¿Cómo es que Laura irradia empatía y compasión en cada interacción? Es evidente que Laura tiene un conocimiento y manejo maravilloso de su profesión y que reconoce que María está pasando por un momento difícil por lo que sabe brindarle calma y esperanza. A medida que avanza el tratamiento de María, vemos cómo la relación entre Laura y María se fortalece. Laura se convierte en un pilar fundamental en el cuidado de María, considerándonos siempre (a nosotros - su familia). Ella trabaja en colaboración con el equipo de atención médica, abogando por las necesidades de María y asegurándose de que reciba la mejor atención posible.

En esta historia, Laura personifica el compromiso y la entrega de los profesionales de la enfermería. Su enfoque integral y humano con respecto al servicio del cuidado marca una diferencia significativa en la vida de María y su familia. Su presencia constante y su dedicación hacen que María se sienta segura, apoyada y valorada en medio de su proceso de recuperación. Es a través de la relación profunda y auténtica entre Laura y María que el cuidado adquiere un significado trascendental. La historia de su vínculo

*Prepared for the first research symposium on care and humanisation and revised by Ana María Porcel Gálvez (PhD, BSc, RN) & Regina Allande Cusso (PhD, RN)
 Conference Organised by INVESCARE Granada, Spain. (12 of June 2023).
 The English version is accessible from pages 12 -21.*

demuestra el poder del cuidado humano y la importancia de contar con un contexto o medio que permita y facilite a los profesionales del cuidado el cumplir con su vocación de cuidado integral y empático.

Con esa visión integral sobre los cuidados fundamentales estamos trabajando en colaboración con investigadores y enfermeros españoles y nos gustaría invitar a todos los interesados del mundo hispanoparlante a continuar investigando maneras sistémicas de identificar áreas de excelencia y aquellas otras en necesidad de mejoras, para tomar decisiones más proactivas y personalizadas referentes a los cuidados fundamentales. Actualmente, estamos investigando y testeando nuevas formas de capturar data y desarrollando modelos predictivos que nos ayuden a transformar nuestros servicios y mejorar la salud y el bienestar de todos los involucrados en el proceso del cuidado (Figura 7).



Figura 7 Ilustración referencial de nuestros proyectos sobre métricas predictivas y digitalizadas de patrones del cuidado^{2,4,5}

3. La nueva línea de investigación y experimentación

El reto del cuidado está en adoptar un enfoque sistémico y holístico en su provisión para obtener múltiples beneficios que favorezcan el bienestar de los pacientes y el progreso de nuestros sistemas de salud; porque sabemos que, al abordar las necesidades físicas, relacionales, psicosociales y contextuales de los pacientes de manera integral, se logra un cuidado más efectivo y eficiente, que previene complicaciones y optimiza el uso de recursos limitados. Esto conduce a una reducción de:

1. hospitalizaciones innecesarias,
2. visitas a emergencias y
3. números de reingresos hospitalarios,

Aliviando así la carga sobre los sistemas de salud y mejorando la gestión de las condiciones crónicas.^{1,7}

*Prepared for the first research symposium on care and humanisation and revised by Ana María Porcel Gálvez (PhD, BSc, RN) & Regina Allande Cusso (PhD, RN)
Conference Organised by INVESCARE Granada, Spain. (12 of June 2023).
The English version is accessible from pages 12 -21.*

Todos los elementos del Marco de los Fundamentos del Cuidado y sus interacciones, presentados en la Figura 2 y 3, deben ser investigados considerando las experiencias de las personas receptoras del cuidado. El objetivo de nuestra nueva línea de investigación considera la relación que la persona sostiene con los que la cuidan y las redes de cuidado que se establecen y cambian a través de la vida de manera formal e informal por eventos circunstanciales, accidentales y naturales o característicos del proceso de envejecimiento; esto implica detectar como estos 38 elementos del marco se configuran en diferentes contextos del cuidado (Tabla 1).^{1,2,8} Con eso objetivo, nuestro equipo de investigación está explorando todos esos fenómenos desde el punto de vista de “La Teoría del Cuidado Durante el Transcurso de la Vida.”⁹

Tabla 1. Los 38 elementos del Marco de los Fundamentos del Cuidado adaptados al español.^{2,4-6}

Elementos	Descripción
Contexto del cuidado- nivel del sistema	
Recursos	Los recursos incluyen el medio ambiente, el equipo, la infraestructura y los recursos humanos, incluida la combinación de habilidades y personal.
Cultura	La cultura organizacional son los valores y normas del sistema y las declaraciones sobre los objetivos de la organización, cómo se respeta y valora al personal y a los destinatarios de la atención, y el compromiso de la organización con la innovación y el aprendizaje.
Liderazgo	Este elemento se trata de la promoción de estilos de liderazgo explícitos e implícitos en la organización; esto incluye cómo se definen y apoyan los roles y cómo se asesora y entrena al personal.
Evaluación y retroalimentación	Este elemento se refiere a los procesos a nivel individual, de equipo y organizacional que proporcionan retroalimentación de una manera constructiva y de apoyo.
Contexto del cuidado - nivel de política	
Financiero	Cuestiones relativas a la financiación del cuidado y su administración.
Calidad y seguridad	Agendas y marcos o pólizas internacionales, nacionales y locales de calidad y seguridad. Procesos para que los proveedores de atención revisen, refinen y mejoren continuamente la calidad de los servicios del cuidado.
Gobernanza	Procesos de gobernanza y rendición de cuentas. Se trata del conjunto integrado de: comportamientos de liderazgo, políticas, procedimientos, responsabilidades, relaciones, planificación, monitoreo y mecanismos de mejora responsables por el respaldo y la seguridad de cada consumidor, la atención clínica de calidad y los buenos resultados clínicos y laborales.
Regulación y acreditación	Los programas de acreditación generalmente consisten en un proceso que implica la autoevaluación, revisión o evaluación del desempeño contra estándares predeterminados por parte de un organismo externo independiente y el monitoreo del desempeño continuo contra los estándares por parte del organismo de acreditación.
Integración del cuidado- necesidades físicas de la persona	
Seguridad	La persona está a salvo de cualquier daño físico, psicosocial y ambiental. Esto incluye evaluación y gestión de riesgos, prevención de infecciones y minimización de complicaciones.

Prepared for the first research symposium on care and humanisation and revised by Ana María Porcel Gálvez (PhD, BSc, RN) & Regina Allande Cusso (PhD, RN)
Conference Organised by INVESCARE Granada, Spain. (12 of June 2023).
The English version is accessible from pages 12 -21.

Elementos	Descripción
Comodidad	La persona está cómoda y recibe un alivio adecuado del dolor, respirando fácilmente y no demasiado caliente o frío.
Alimentación y bebida	La persona tiene alimentos y bebidas adecuados (es decir, reciben sus comidas asignadas y se les proporcionan líquidos adecuados). La persona puede alcanzar su comida y bebida, abrir cualquier paquete o recipiente de alimentos y usar utensilios. Se ayuda a las personas a comer y beber cuando la movilidad o el deterioro cognitivo son un problema. Se evalúan y atienden los requisitos y elecciones dietéticas de las personas (incluidas las alergias, intolerancias y preferencias).
Descanso y sueño	La persona recibe descanso y sueño adecuados. Se consideran los hábitos y preferencias de sueño de la persona (p. ej., sus horas habituales de sueño y vigilia) y se toman medidas para acomodarlos. Cualquier dificultad para dormir se evalúa y minimiza tanto como sea posible (es decir, se proporcionan a la persona estrategias para promover un sueño de buena calidad que pueda establecerse durante la noche). Las personas son asistidas (cuando sea necesario) con cualquier equipo que necesiten durante el sueño (por ejemplo, colchones para aliviar la presión o máquinas para la apnea del sueño).
Movilidad	Se evalúa la movilidad de la persona y la necesidad de ayudas para la movilidad. Las personas reciben asistencia con tareas que requieren que sean móviles (por ejemplo, ir al baño). Se ayuda y alienta a las personas a permanecer móviles (tanto como puedan) para promover la recuperación y prevenir las úlceras por presión. Se ayuda a las personas a girar o cambiar de posición regularmente o se les enseña diferentes formas de aliviar la presión. Las personas son asistidas a través de ayudas a la movilidad, y se consideran sus preferencias al respecto.
Higiene personal	Se respetan las preferencias de la persona con respecto a la higiene, el aseo y la apariencia física, incluyendo cuidado bucal y vendaje.
Medicación	La persona y/o su familia están comprometidos e informados sobre sus decisiones de tratamiento.
Uso del baño	Se satisfacen las necesidades de aseo de la persona. Las personas son asistidas para ir al baño y ayudadas. Si es necesario, cuando la movilidad es un problema, se les proporcionan medios alternativos para ir al baño (por ejemplo, un bastón u otros dispositivos) o cuando la movilidad está restringida se le ayuda en el proceso. Las personas son evaluadas por cualquier molestia que pueda indicar problemas con la ida al baño. Las necesidades de baño de las personas se atienden lo antes posible para prevenir la ansiedad personal y la angustia que pueden surgir debido al miedo a la incontinencia.
Integración del cuidado - necesidades psicosociales de la persona	
Consideración y respeto de valores y creencias	Las creencias y preferencias de las personas son escuchadas, respetadas y utilizadas en la planificación y práctica del cuidado. Todas las personas son tratadas con consideración. La información y el ejercicio del cuidado personal o aquel que sensible por naturaleza deben estar libres de intrusión y acciones que generen vergüenza o preocupación. Se consideran y respetan las prácticas religiosas o culturales de la persona que puedan verse afectadas durante la prestación de cuidados.
Bienestar emocional	La persona y / o su familia son escuchados y alentados a hablar sobre sus sentimientos y necesidades. Sus reacciones emocionales son validadas.

*Prepared for the first research symposium on care and humanisation and revised by Ana María Porcel Gálvez (PhD, BSc, RN) & Regina Allande Cusso (PhD, RN)
Conference Organised by INVESCARE Granada, Spain. (12 of June 2023).
The English version is accessible from pages 12 -21.*

Elementos	Descripción
Educación e información	La persona y/o su familia se mantienen continuamente al tanto de todos los aspectos educativos del cuidado recibido y planificado.
Respeto	Se respetan las elecciones de una persona relacionadas con su cuidado (por ejemplo, no querer ayuda para ir al baño). Se apoyan las opciones de las personas con respecto a la independencia (o su avance hacia lograr la independencia, incluida la planificación del alta), al igual que el deseo de alcanzarla.
Participación e información	Se consulta a las personas y se les permite contribuir a las decisiones sobre todos los aspectos de su atención.
Comunicación (verbal y no verbal)	El lenguaje corporal, las expresiones faciales y las entonaciones de las personas son observadas y atendidas. La comunicación debe ser personalizada, de persona a persona en lugar de proveerla como un profesional de la salud dando recomendaciones a una persona común. Las personas deben recibir una comunicación cortés y considerada.
Dignidad	Las personas son tratadas con dignidad independientemente de su edad, etnia, género, orientación sexual, religión, antecedentes lingüísticos o culturales o la presencia de un problema de salud mental, discapacidad, enfermedad o lesión.
Privacidad	Se respetan los derechos de privacidad de las personas, como al limpiar, vestirse e ir al baño y en otros contextos.
Integración del cuidado - elementos relacionales y acciones que provee el que cuida	
Empatía	Identifique y deje de lado cualquier sesgo para trabajar con la persona de manera efectiva. Trate de entender la perspectiva de la persona y/o de la familia. Sea sincero y genuinamente preocúpese por lo que les sucede a las personas.
Interacción con las personas	Involucre a la persona como miembro del equipo de atención médica y anímela a ser participantes activos (si así lo desean). Asegúrese de que las personas puedan proporcionar información y comentarios al equipo y hacer preguntas sobre su cuidado.
Compasión	Sea consciente de la angustia, el sufrimiento y la desgracia de los demás, con el deseo de aliviarlos. Demuestre características como empatía, sensibilidad, amabilidad y calidez.
Estar presente y con las personas	Enfoque la atención y los pensamientos en la persona. Deles todo su atención y cuidado.
Trabajar con las personas para establecer, alcanzar y evaluar la progresión de metas	Esto se trata de establecer objetivos realistas y mutuamente acordados para el servicio del cuidado. Las personas son libres de renegociar estos objetivos en cualquier momento durante su cuidado. Establecer metas de atención puede ayudar a las personas a sentirse esperanzadas acerca de su situación y la calidad del cuidado que recibirán independientemente de su condición clínica.
Escucha activa	Se trata de reconocer a través de medios verbales o no verbales que estás escuchando a la persona. Permita que la persona termine de hablar antes de hacer preguntas. Responde de manera honesta y respetuosa.
Apoyo e inclusión de familias y cuidadores	Las familias deben ser reconocidas, respetadas y apoyadas como socios en la prestación de apoyo y cuidado a las personas. Es necesario determinar el nivel apropiado de participación de la familia y cómo se puede apoyar esto

Prepared for the first research symposium on care and humanisation and revised by Ana María Porcel Gálvez (PhD, BSc, RN) & Regina Allande Cusso (PhD, RN)
Conference Organised by INVESCARE Granada, Spain. (12 of June 2023).
The English version is accessible from pages 12 -21.

Elementos	Descripción
	a través de la evaluación de necesidades, la planificación de la atención y el intercambio de información.
Ayudar a las personas a mantener la calma	Reconozca y aborde cualquier frustración que la persona pueda tener, minimice el ruido y las distracciones, mantenga a las personas informadas sobre su atención, verifique su comprensión de su condición y plan de atención, y escuche sus inquietudes.
Ayudar a las personas a enfrentar la situación	Crear las condiciones que ayuden a las personas a sobrellevar su condición y circunstancias, apoyar a las personas para que controlen su situación.
La relación	
Confianza	Desarrollar una relación de confianza con la persona es fundamental. Ser confiable (es decir, demostrar ciertas cualidades morales) y confiar (es decir, comprometerse con la persona de una manera que reconozca su singularidad como seres humanos) es necesario.
Enfoque	Concéntrate en la persona y dale toda la atención requerida. Es esencial comprometerse y enfocarse en la persona y ver sus necesidades de autocuidado desde una perspectiva biográfica.
Anticipar	Anticipe las necesidades y preocupaciones de la persona para que se sienta segura. Pregunte a las personas cómo guiarlos mejor en su proceso y tenga conversaciones con las personas sobre los posibles cursos de acción que ayudarán en este proceso.
Saber	Sepa lo suficiente sobre la persona para actuar apropiadamente. Mientras trabajas con la persona para establecer metas para su cuidado equilibra la necesidad de conocer lo necesario sobre ellos con la importancia de mantener el sentido de control, privacidad y dignidad.
Evaluar	Evalúe la calidad de la relación y determine si está funcionando de manera efectiva. La relación entre la persona y su proveedor de cuidado debe ser revisada continuamente usando un progresivo método de retroalimentación en donde la mutua interacción es asesada y orientada para su correcta evolución.

La tabla se adaptó para reflejar las ideas de este informe, basándose en un diseño previo desarrollado por investigadores de salud y evaluado por un consumidor (paciente). Su reconstrucción permitió reconfigurar los elementos del marco fundamental de atención, facilitando el mapeo y cuantificación de las experiencias de las personas a través de una matriz y la exploración de diversas redes de cuidado. La descripción de estos elementos posibilita la construcción de redes que reflejen las estructuras dominantes los cuidados fundamentales según los informes de pacientes y otros actores involucrados con el servicio del cuidado.^{2,4-6}

Considerando las ideas presentadas en este reporte y los elementos de la Tabla 1, podemos decir que la investigación y promoción de la humanización del cuidado, cuando integra el marco de los cuidados fundamentales, tiene el objetivo de garantizar la consideración de la dignidad y el respeto, fortalecer la relación entre los pacientes y los proveedores de cuidado, y mejorar la calidad de los servicios de salud y la satisfacción laboral de los trabajadores. La utilización de esta perspectiva y línea de investigación podría ayudar a atraer nuevamente a los compañeros que alrededor del mundo han abandonado la profesión del cuidado luego de la pandemia del COVID-19 y la deterioración eventual de los valores fundamentales en las labores del campo del cuidado.

Con esta nueva línea sistémica de investigación y trabajo, estamos ayudando a abordar las altas demandas y desafíos globales actuales y emergentes, porque nuestro

Prepared for the first research symposium on care and humanisation and revised by Ana María Porcel Gálvez (PhD, BSc, RN) & Regina Allande Cusso (PhD, RN)
Conference Organised by INVESCARE Granada, Spain. (12 of June 2023).
The English version is accessible from pages 12 -21.

enfoque no es sólo preventivo, sino que promueve la salud y reduce los costos asociados con tratamientos prolongados y complicaciones evitables. Esto no solo optimiza el uso de recursos, sino que también fortalece la confianza en el sistema de salud, aumenta la adherencia al tratamiento y fomenta una mayor participación en la salud personal.^{1,7} En resumen, investigando y promoviendo la humanización del cuidado considerando el marco de los cuidados fundamentales nos da un enfoque sistémico y holístico de impacto positivo en:^{1,7}

1. las experiencias de los pacientes,
2. la eficiencia de los sistemas de salud y
3. la prosperidad de sus trabajadores.

En conclusión, progresando esta línea de investigación podremos generar beneficios a corto, mediano y largo plazo para mejorar la salud de la población y la calidad de vida de todos; el camino ya está abierto para investigar nuevas formas de implementar, medir y mejorar la humanización del cuidado y sus aspectos fundamentales.^{1,7}

Referencias

1. Pinero de Plaza MA, Yadav L, Kitson A. Co-designing, measuring, and optimizing innovations and solutions within complex adaptive health systems. *Frontiers in Health Services*. 2023;3.
2. Pinero de Plaza MA. The network of interactions between the elements of the fundamentals of care framework across the life course. In: figshare; 2023.
3. Wiles LK, Kay D, Luker JA, et al. Consumer engagement in health care policy, research and services: A systematic review and meta-analysis of methods and effects. *PLoS One*. 2022;17(1):e0261808.
4. Pinero de Plaza M, A. Conroy, Tiffany, Mudd A, Kitson A. Using a Complex Network Methodology to Track, Evaluate, and Transform Fundamental Care. In. *Volume 284: Nurses and Midwives in the Digital Age*. Vol 2842021:31-35.
5. Conroy T, Pinero de Plaza MA, Mudd A, Mitchell M, Kitson A. Measuring fundamental care using complexity science: A descriptive case study of a methodological innovation. *J Clin Nurs*. 2021.
6. Feo R, Conroy T, Jangland E, et al. Towards a standardised definition for fundamental care: A modified Delphi study. *Journal of clinical nursing*. 2018;27(11-12):2285-2299.
7. Organization WH. Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services. 2018.
8. Pinero de Plaza MA. How can research, advocacy, and innovation come together to improve digital health for better care? In: figshare; 2023.
9. Kitson A, Feo R, Lawless M, et al. Towards a unifying caring life - course theory for better self - care and caring solutions: A discussion paper. *Journal of Advanced Nursing*. 2022;78(1):e6-e20.

*Prepared for the first research symposium on care and humanisation and revised by Ana María Porcel Gálvez (PhD, BSc, RN) & Regina Allande Cusso (PhD, RN)
Conference Organised by INVESCARE Granada, Spain. (12 of June 2023).
The English version is accessible from pages 12 -21.*

Adaptation of The Fundamentals of Care Framework to Spanish: White paper in Spanish and English

PINERO DE PLAZA, Maria Alejandra² and KITSON, Alison¹

¹ Flinders University, Caring Futures Institute, South Australia, Adelaide, 5000.

ORCID ID: Maria Alejandra Pinero de Plaza <https://orcid.org/0000-0001-5421-9604>

ORCID ID: Alison Kitson <https://orcid.org/0000-0003-3053-8381>

Abstract. Fundamental care combines the needs of the person being cared for with the caregiver's actions. The approach is not just about addressing an individual's physical needs but about understanding and addressing the psychosocial and relational needs of the person receiving care while providing support, generating trust, and associated appropriate actions and behaviours. It is a relationship process that takes place within the framework of an organisation with solid policies and systems that place the person at the centre of attention while enabling workers' job satisfaction. These fundamental needs are only met through a positive and trusting relationship with the care recipient, including their family and everyone involved.

Keywords. Integrated care, Humanization of care, Systemic approach, Fundamentals of care, Quality and safety in health care, Predictive models, Mapping of consumer experiences.

4. Recovering the fundamentals of care

The world is in the process of recovering or reclaiming its fundamental care character. Today it is evident that the machinist vision of care and health is left behind. We no longer see patients or health problems as a mechanic would (Figure 1). Today it is not about finding the damaged part and repairing or replacing it to restore health.¹



Figure 1. The machinist's vision of care and health was left behind.

We have now understood the influences of many factors on our behaviour and recognise the importance of the fundamentals of caregiving for how health, disease and wellbeing

*Prepared for the first research symposium on care and humanisation and revised by Ana María Porcel Gálvez (PhD, BSc, RN) & Regina Allande Cusso (PhD, RN)
Conference Organised by INVESCARE Granada, Spain. (12 of June 2023).
The English version is accessible from pages 12 -21.*

are perceived and experienced. We have a systemic view (Figures 2 and 3) that genuinely places the human experience as the focus of our attention.^{1,2}

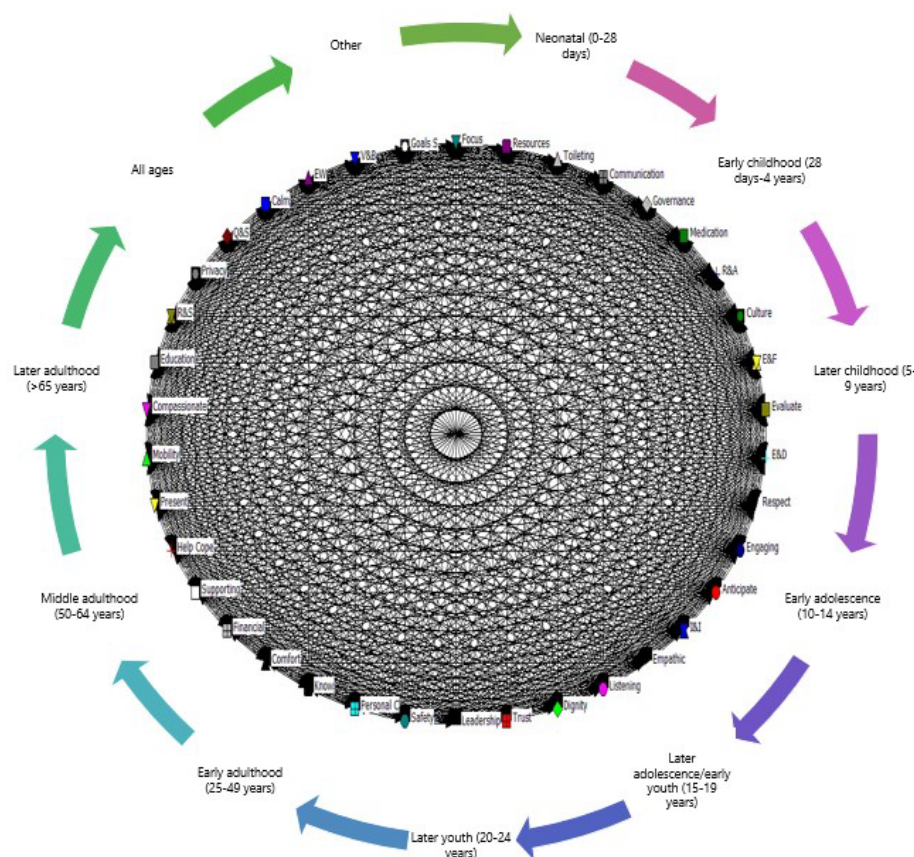


Figure 2. The network of interactions between the elements of The Fundamentals of Care Framework across the life course.²

From the perspectives presented in Figure 2 and 3, fundamental care combines the needs of the person cared for with their caregivers' actions. It is not only about physical needs but also includes the psychosocial and relational needs of the person, supported by the trust and appropriate actions of caregivers. The process is developed within the framework of an organisation with solid policies and systems that place the person at the centre of attention while enabling job satisfaction for those related to the care service. These fundamental needs are met through a positive and trusting relationship with the care recipient, including their family and everyone involved.³⁻⁵

*Prepared for the first research symposium on care and humanisation and revised by Ana María Porcel Gálvez (PhD, BSc, RN) & Regina Allande Cusso (PhD, RN)
Conference Organised by INVESCARE Granada, Spain. (12 of June 2023).
The English version is accessible from pages 12 -21.*

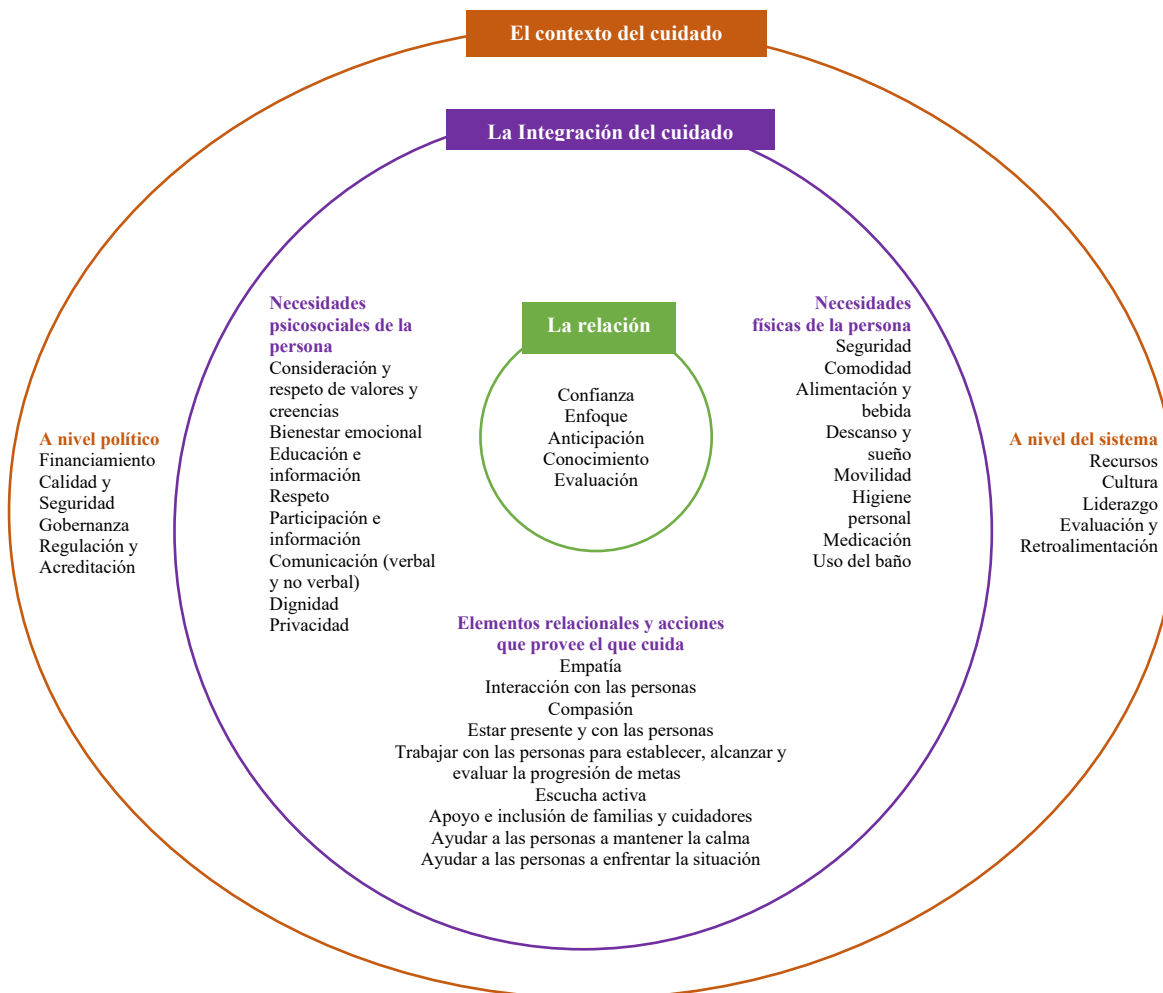


Figure 3 Adaptation of the Fundamentals of Care Framework and its elements to Spanish.⁴ The elements within the translated image come from [a derivative publication](#)⁴ of the definitions published by Feo et al. (2017).⁶

5. How do the fundamentals of care are perceived in practice?

Fundamental care encompasses inherently human aspects that often go unnoticed because they represent what each of us naturally expects through common sense and logic. For example, let us imagine that one of our family elderlies, a loved one, suffers a severe car accident, and we notice that from the first day in the hospital, a nurse named Laura attends to our family member, named Maria, exceptionally (Figure 4).

*Prepared for the first research symposium on care and humanisation and revised by Ana María Porcel Gálvez (PhD, BSc, RN) & Regina Allande Cusso (PhD, RN)
Conference Organised by INVESCARE Granada, Spain. (12 of June 2023).
The English version is accessible from pages 12 -21.*

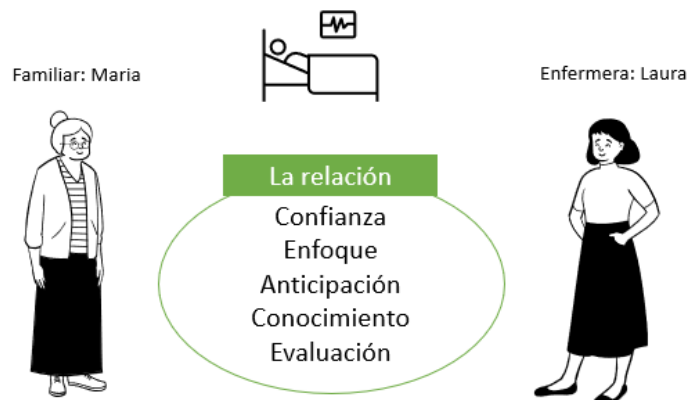


Figure 4 The relationship within The Fundamentals of Care Framework.

We observe how Laura, with her dedication and professionalism, becomes Maria's unwavering support. From the beginning, Laura ensures that Maria feels safe and comfortable, guaranteeing her physical wellbeing. She sees that Maria receives adequate food, soothing rest, and mobility as much as possible, ensuring her basic needs are met (Figure 5).

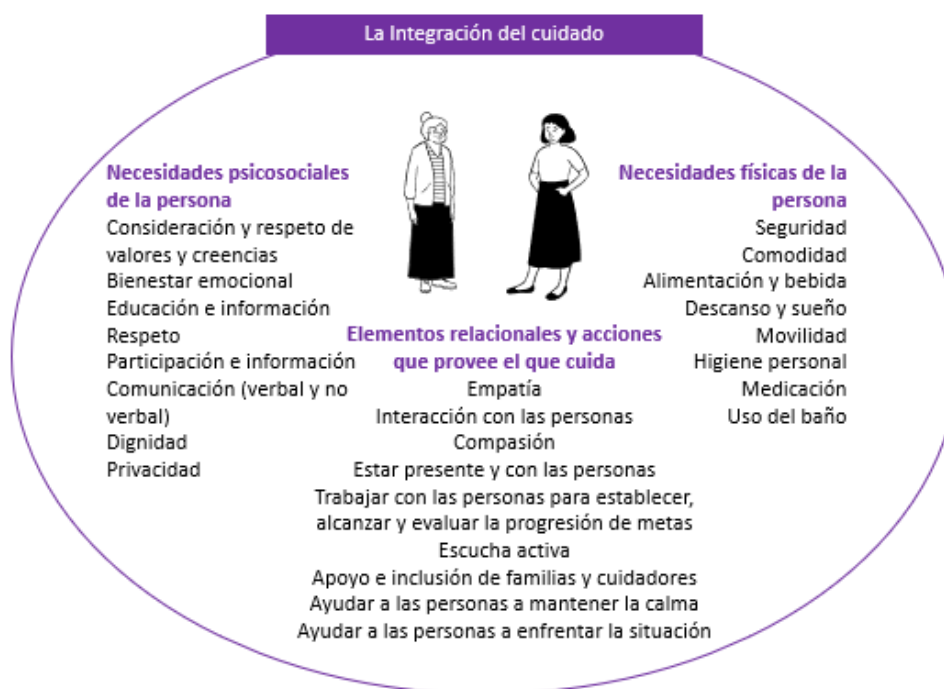


Figure 5 The integration of care.

But what moves us is the way Laura goes beyond the physical aspects of care. She understands that care also involves emotional and relational dimensions. Laura actively

Prepared for the first research symposium on care and humanisation and revised by Ana María Porcel Gálvez (PhD, BSc, RN) & Regina Allande Cusso (PhD, RN)
Conference Organised by INVESCARE Granada, Spain. (12 of June 2023).
The English version is accessible from pages 12 -21.

listens to Maria, supporting her and providing clear information about her condition and recovery process. She respects Maria's values and beliefs, preserving her dignity and privacy. Laura establishes a trusting relationship with Maria and her family (us), involving them in the care process and becoming the person to turn to for guidance and support within the system (Figure 6).



Figure 6 The context of Care.

The question is, how does Laura radiate empathy and compassion in every interaction? It is evident that Laura has terrific knowledge and management of her profession and recognises that Maria is going through a difficult time, so she knows how to bring her calm and hope. As Maria's treatment progresses, we see how Laura and Maria's relationship grows stronger. Laura becomes a fundamental pillar in the care of Maria, always considering us (Maria's family). She works collaboratively with the healthcare team, advocating for Maria's needs and ensuring she receives the best care possible.

In this story, Laura epitomises the commitment and dedication of nursing professionals. Her comprehensive and humane approach to care service makes a significant difference in the lives of Maria and her family. Her constant presence and dedication make Maria feel safe, supported, and valued amid her recovery process. It is through the deep and authentic relationship between Laura and Maria that care takes on transcendental meaning. The history of their bond demonstrates the power of human care and the importance of having a context or medium that allows and facilitates care professionals to fulfil their vocation of integral and empathetic care.

With this comprehensive vision of fundamental care, we collaborate with Spanish researchers and nurses. We want to invite all stakeholders in the Spanish-speaking world

*Prepared for the first research symposium on care and humanisation and revised by Ana María Porcel Gálvez (PhD, BSc, RN) & Regina Allande Cusso (PhD, RN)
 Conference Organised by INVESCARE Granada, Spain. (12 of June 2023).
 The English version is accessible from pages 12 -21.*

to continue investigating systemic ways to identify areas of excellence and those needing improvement to make more proactive and personalised decisions regarding fundamental care. We are researching and testing new ways to capture data and develop predictive models that help us transform our services and improve the health and wellbeing of everyone involved in the care process (Figure 7).



Figure 7 Referential illustration of our projects on predictive and digitised metrics about care patterns^{2,4,5}

6. A new line of research and experimentation

The care challenge is to adopt a systemic and holistic approach to its provision for multiple benefits that advance patients' wellbeing and progresses our health systems; because we know that addressing patients' physical, relational, psychosocial, and contextual needs attain effective and efficient integrated care, which prevents complications and optimises the use of limited resources, leading to a reduction in:

1. unnecessary hospitalisations,
2. emergency visits,
3. numbers of hospital readmissions,

Therefore, the approach would ease the burden on health systems and improve the management of chronic conditions.^{1,7}

All elements of the Fundamentals of Care Framework and their interactions, presented in Figure 2 and 3, should be investigated considering the care receivers' experiences. The objective of our new line of research is to ponder the relationship that the person maintains with those who care for them and the care networks that are established and changed throughout life formally and informally by circumstantial, accidental, and natural events like the characteristic of the aging process; this implies detecting how these 38 elements of the framework are configured in different contexts of care (Table 1).^{1,2,8} To that end, our research team is exploring all these phenomena using "The Caring Life Course Theory"⁹ as a lens.

Prepared for the first research symposium on care and humanisation and revised by Ana María Porcel Gálvez (PhD, BSc, RN) & Regina Allande Cusso (PhD, RN)
Conference Organised by INVESCARE Granada, Spain. (12 of June 2023).
The English version is accessible from pages 12 -21.

Table 1. The 38 elements of The Fundamentals of Care Framework adapted to Spanish.^{2,4-6}

Elements	Description
Context of Care - System-level	
Resources	Resources include the environment, equipment, infrastructure, and human resources, including the combination of skills and personnel.
Culture	Organisational culture is the system's values, norms, and statements about the organisation's goals, how staff and care recipients are respected and valued, and the organisation's commitment to innovation and learning.
Leadership	This element promotes explicit and implicit leadership styles in the organisation; this includes how roles are defined and supported and how staff are mentored and trained.
Evaluation and feedback	This element refers to approaches at the individual, team and organisational levels that provide feedback in a constructive and supportive manner.
Context of Care - Policy Level	
Financial	Issues relating to the financing of care and its administration.
Quality and safety	International, national, and local quality and safety agendas, frameworks, and policies. Processes for care providers to continually review, refine, and improve the quality-of-care services.
Governance	Governance and accountability processes. It is the integrated set of leadership behaviours, policies, procedures, responsibilities, relationships, planning, monitoring, and improvement mechanisms responsible for the support and safety of each consumer, quality clinical care and good clinical and work outcomes.
Regulation and accreditation	Accreditation programs generally consist of a process that involves self-assessment, review, or evaluation of performance against predetermined standards by an independent external body and monitoring ongoing performance against the standards by the accrediting body.
Integration of care - physical needs of the person	
Safety	The person is safe from any physical, psychosocial, and environmental harm. This includes risk assessment and management, infection prevention and minimisation of complications.
Comfort	The person is comfortable and receives adequate pain relief, breathing easily and not too hot or cold.
Food & Beverage	The person has adequate food and drink (i.e., they receive their assigned meals and are provided with adequate fluids). The person can reach for their food and drink, open any food package or container, and use utensils. People are helped to eat and drink when mobility or cognitive impairment is a problem. People's dietary requirements and choices (including allergies, intolerances, and preferences) are evaluated and addressed.
Rest and sleep	The person receives adequate rest and sleep. The person's sleep habits and preferences (e.g., their usual sleeping and waking hours) are considered, and steps are taken to accommodate them. Any sleep difficulties are assessed and minimised as much as possible (i.e., strategies are provided to promote good quality sleep that can be established during the night). People are assisted (when needed) with any equipment during sleep (for example, pressure relief mattresses or sleep apnoea machines).

*Prepared for the first research symposium on care and humanisation and revised by Ana María Porcel Gálvez (PhD, BSc, RN) & Regina Allande Cusso (PhD, RN)
Conference Organised by INVESCARE Granada, Spain. (12 of June 2023).
The English version is accessible from pages 12 -21.*

Elements	Description
Mobility	The mobility of the person and the need for mobility aids are evaluated. People are assisted with tasks that require them to be mobile (for example, going to the bathroom). People are helped and encouraged to stay mobile (as much as possible) to promote recovery and prevent pressure ulcers. People are helped to turn or change positions regularly or taught different ways to relieve pressure. People are assisted through mobility aids, and their preferences are considered.
Personal hygiene	The person's preferences regarding hygiene, grooming and physical appearance, including oral care and dressing, are respected.
Medication	The person and/or family are engaged and informed about their treatment decisions.
Use of the bathroom	The person's grooming needs are met. People are assisted to go to the bathroom and help themselves. If it is necessary or, when mobility is a problem, they are provided with alternative means of going to the toilet (for example, a cane or other devices) or when mobility is restricted, they are helped in the process. People are evaluated for discomfort that may indicate problems with going to the bathroom. People's bathing needs are taken care of as early as possible to prevent personal anxiety and distress that can arise due to fear of incontinence.
Integration of care - psychosocial needs of the person	
Consideration and respect for values and beliefs	People's beliefs and preferences are heard, respected, and used in care planning and practice. All people are treated with consideration. Information, personal care, or any sensitive issue must be free from intrusion and actions that generate embarrassment or distress. The person's religious or cultural practices that may be affected during caregiving are considered and respected.
Emotional well-being	The person and/or their family are listened to and encouraged to discuss their feelings and needs. Their emotional reactions are validated.
Education and information	The individual and/or family are continually kept abreast of all educational aspects of the care received and planned.
Respect	A person's choices related to their care (e.g., not wanting help going to the bathroom) are respected. It supports people's choices regarding independence (or their progress towards independence, including discharge planning) and the desire to achieve it.
Participation and information	People are consulted and allowed to contribute to decisions about all aspects of their care.
Communication (verbal and non-verbal)	People's body language, facial expressions and intonations are observed and attended to. Communication should be personalised, person-to-person, rather than provided as a health professional giving recommendations to an ordinary person. People must receive courteous and considerate communication.
Dignity	People are treated with dignity regardless of age, ethnicity, gender, sexual orientation, religion, linguistic or cultural background or the presence of a mental health problem, disability, illness, or injury.
Privacy	People's privacy rights, such as cleaning, dressing, toileting, and other contexts, are respected.
Integration of care - relational elements and actions provided by the caregiver	
Empathy	Identify and let go of any bias to work with the person effectively. Try to understand the perspective of the person and/or family. Be honest and genuinely care about what happens to people.

*Prepared for the first research symposium on care and humanisation and revised by Ana María Porcel Gálvez (PhD, BSc, RN) & Regina Allande Cusso (PhD, RN)
Conference Organised by INVESCARE Granada, Spain. (12 of June 2023).
The English version is accessible from pages 12 -21.*

Elements		Description
Interaction with people		Involve the person as a healthcare team member and encourage them to participate actively (if they so choose). Ensure people can provide information and feedback to the team and ask questions about their care.
Compassion		Be aware of the anguish, suffering and misfortune of others, with the desire to relieve them. Embrace characteristics such as empathy, sensitivity, kindness, and warmth.
Being present and with people		Focus your attention and thoughts on the person. Give them all your attention.
Work with people to set, achieve, and evaluate goal progression		This is about setting realistic and mutually agreed goals for care. People are free to renegotiate these goals at any time during their care. Setting goals of care can help people feel hopeful about their situation and the quality of care they will receive regardless of their clinical condition.
Active listening		It is about demonstrating through verbal or nonverbal means that you are listening to the person. Allow the person to finish speaking before asking questions. Respond honestly and respectfully.
Support and inclusion of families and caregivers		Families should be recognised, respected, and supported as partners in providing support and care to individuals. There is a need to finalise the appropriate level of family involvement and how this can be supported through needs assessment, care planning and information sharing.
Helping people stay calm		Acknowledge and address any frustrations the person may have, minimise noise and distractions, keep people informed about their care, check their understanding of their condition and care plan, and listen to their concerns.
Helping people cope		Create the conditions that help people cope with their condition and circumstances and support people to control their situation.
The relationship		
Confidence		Developing a relationship of trust with the person is fundamental. Being trustworthy (i.e., demonstrating certain moral qualities) and trusting (i.e., engaging with the person in a way that recognises their uniqueness as human beings) is necessary.
Approach		Focus on the person and give them all the attention required. Engaging and focusing on the person and viewing their self-care needs from a biographical perspective is essential.
Anticipate		Anticipate the person's needs and concerns so that they feel safe. Ask people how to guide them in their process best and have conversations with people about possible courses of action that will help in this process.
Know		Know enough about the person to act appropriately. Work with the person to set goals for their care and balance the need to know what is necessary about them with the importance of maintaining control, privacy and dignity.
Evaluate		Evaluate the quality of the relationship and determine if it is working effectively. The relationship between the person and their caregiver must be continually reviewed using a progressive feedback method where mutual interaction is assisted and oriented for its correct evolution.

The table was adapted to reflect the ideas of this report, based on [a previously designed method](#) by health researchers and evaluated by a consumer (patient). Its reconstruction enabled the reconfiguration of fundamental care elements, facilitating the mapping and quantification of individuals' experiences through a matrix and exploration of diverse care networks. The description of these elements allows for the

Prepared for the first research symposium on care and humanisation and revised by Ana María Porcel Gálvez (PhD, BSc, RN) & Regina Allande Cusso (PhD, RN)
Conference Organised by INVESCARE Granada, Spain. (12 of June 2023).
The English version is accessible from pages 12 -21.

construction of networks that reflect the dominant structures of fundamental care as reported by patients and other actors involved in its delivery.^{2,4-6}

Considering the ideas presented in this white paper/report and the elements of Table 1, we can say that the research and promotion of the humanisation of care, when it integrates the fundamentals of the care framework, has the objective of guaranteeing the consideration of dignity and respect, strengthening the relationship between patients and care providers, and improving the quality of health services and job satisfaction of workers. Using this perspective and line of research could help re-engage colleagues worldwide who have left the care profession following the COVID-19 pandemic and the eventual deterioration of the core care values within the occupations on the field.

With this new systemic line of research and work, we are helping to address the current and emerging high demands and global challenges because our approach is preventive or protective and promotes health and reduces costs associated with prolonged treatments and avoidable complications. This means that it not only optimises the use of resources but also strengthens trust in the health system, increases treatment adherence, and encourages greater participation in personal health.^{1,7} In summary, researching and promoting the humanisation of care considering The Fundamentals of Care Framework gives us a systemic and holistic approach to a positive impact on:^{1,7}

1. patient experiences,
2. the efficiency of health systems and
3. the prosperity of its workers.

In conclusion, by progressing this line of research, we can generate benefits in the short, medium and long term to improve the health of the population and the quality of life of all; a pathway is already open to investigate new ways of implementing, measuring and improving the humanisation of care and its fundamental aspects.^{1,7}

References

1. Pinero de Plaza MA, Yadav L, Kitson A. Co-designing, measuring, and optimizing innovations and solutions within complex adaptive health systems. *Frontiers in Health Services*. 2023;3.
2. Pinero de Plaza MA. The network of interactions between the elements of the fundamentals of care framework across the life course. In: figshare; 2023.
3. Wiles LK, Kay D, Luker JA, et al. Consumer engagement in health care policy, research and services: A systematic review and meta-analysis of methods and effects. *PLoS One*. 2022;17(1):e0261808.
4. Pinero de Plaza M, A. Conroy, Tiffany, Mudd A, Kitson A. Using a Complex Network Methodology to Track, Evaluate, and Transform Fundamental Care. In: al MHe, ed. *Volume 284: Nurses and Midwives in the Digital Age*. Vol 284: IOS Press; 2021:31-35.
5. Conroy T, Pinero de Plaza MA, Mudd A, Mitchell M, Kitson A. Measuring fundamental care using complexity science: A descriptive case study of a methodological innovation. *J Clin Nurs*. 2021.
6. Feo R, Conroy T, Jangland E, et al. Towards a standardised definition for fundamental care: A modified Delphi study. *Journal of clinical nursing*. 2018;27(11-12):2285-2299.
7. WHO. Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the World Health Organization Framework on integrated people-centred health services. 2018.
8. Pinero de Plaza MA. How can research, advocacy, and innovation come together to improve digital health for better care? In: figshare; 2023.
9. Kitson A, Feo R, Lawless M, et al. Towards a unifying caring life - course theory for better self - care and caring solutions: A discussion paper. *Journal of Advanced Nursing*. 2022;78(1):e6-e20.