

**RENUNCIAS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA Y EVENTOS ADVERSOS EN LOS
SERVICIOS HOSPITALARIOS DE ADULTOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO
SAN IGNACIO. BOGOTÁ 2013-2015**

YURANI ANDREA ALFONSO Enf.

TUTORA:

LILIANA MARCELA CUSPOCA MSc

SANDRA MILENA AGUDELO MSc

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD
PROGRAMAS DE POSGRADO EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
BOGOTÁ D.C

2016

Lista de tablas

<i>Tabla 1. Distribución por cargo y sexo del personal de enfermería que presentó su renuncia en el HUSI. Enero 2013- Diciembre 2015.</i>	57
<i>Tabla 2. Distribución por grupos de edad y cargo de las renunciaciones en el HUSI. Enero 2013- diciembre 2015.</i>	58
<i>Tabla 3. Distribución por tiempo de vinculación de auxiliares de enfermería y enfermeros (as) profesionales por servicios Hospitalarios que presentaron su renuncia en el HUSI durante 2013-2015.</i>	59
<i>Tabla 4. Descripción porcentual de auxiliares y profesionales de Enfermería por turno que presentó su renuncia en 2013-2105</i>	59
<i>Tabla 5. Distribución anual de las renunciaciones por cargo y servicios del HUSI en 2013-2015. (Resultados en porcentajes no en valores absolutos)</i>	61
<i>Tabla 6. Distribución del personal de enfermería que presentó su renuncia en el HUSI relacionado con los motivos de renuncia en 2013- 2015.</i>	61
<i>Tabla 7. Distribución del personal de enfermería que presentó su renuncia en el HUSI por servicios hospitalarios en 2013- 2015.</i>	62
<i>Tabla 8. Distribución de caídas por año y mes en el HUSI en 2013- 2015.</i>	64
<i>Tabla 9. Distribución de caídas por turno en el servicio de salud mental del HUSI en 2013-2015.</i>	67
<i>Tabla 10. Distribución de caídas por turno en el servicio neurociencias del HUSI en 2013-2015.</i>	68
<i>Tabla 11. Distribución de caídas por turno en el 4 Hospitalización Quirúrgica del HUSI en 2013-2015.</i>	69
<i>Tabla 12. Distribución de caídas por turno en el 5 piso hospitalización de medicina interna del HUSI en 2013-2015.</i>	69
<i>Tabla 13. Distribución de caídas por turno en el 6 piso hospitalización hematooncología del HUSI en 2013-2015.</i>	70
<i>Tabla 14. Distribución de caídas por turno en el 9 piso servicios especiales del HUSI en 2013-2015.</i>	70
<i>Tabla 15. Distribución de flebitis por año y mes en el HUSI en 2013- 2015.</i>	71
<i>Tabla 16. Distribución porcentual de flebitis por servicios hospitalarios del HUSI en 2013-2015.</i>	72
<i>Tabla 17. Distribución de flebitis por turno en el servicio de urgencias del HUSI en 2013-2015.</i>	72
<i>Tabla 18. Distribución de flebitis por turno en el 5° piso hospitalización de medicina interna del HUSI en 2013-2015.</i>	74
<i>Tabla 19 . Distribución de flebitis por turno en el 6 piso hospitalización varias especialidades del HUSI en 2013-2015.</i>	74
<i>Tabla 20. Distribución de úlceras por presión mensual en el HUSI en 2013- 2015.</i>	75
<i>Tabla 21. Distribución de úlceras por presión en los servicios hospitalarios del HUSI en 2013- 2015</i>	76
<i>Tabla 22. Distribución de úlceras por presión en los servicios hospitalarios del HUSI en 2013- 2015</i>	77
<i>Tabla 23. Distribución de úlceras por presión en el servicio de urgencias del HUSI en 2013- 2015.</i>	78
<i>Tabla 24. Distribución de úlceras por presión en el servicio 2° piso salud mental del HUSI en 2013- 2015.</i>	79
<i>Tabla 25. Distribución de úlceras por presión en el 3° piso neurociencias del HUSI en 2013- 2015.</i>	79
<i>Tabla 26. Distribución de úlceras por presión en el 4° piso hospitalización de cirugía del HUSI en 2013- 2015.</i>	80
<i>Tabla 27. Distribución de flebitis por turno en el 5° piso hospitalización de medicina interna del HUSI en 2013-2015.</i>	81
<i>Tabla 28. Distribución de Úlceras por presión en el 6 piso hospitalización varias especialidades del HUSI en 2013-2015.</i>	82
<i>Tabla 29. Distribución de úlceras por presión en el 9° piso servicios especiales del HUSI en 2013-2015.</i>	83

Lista de Gráficas

<i>Gráfica 1. Distribución mensual del personal de enfermería que renunció en el HUSI en 2013-2015.....</i>	63
<i>Gráfica 2. Distribución mensual de caídas en el HUSI en 2013- 2015.....</i>	65
<i>Gráfica 3. Distribución porcentual de caídas por servicios hospitalarios del HUSI en 2013-2015.</i>	66
<i>Gráfica 4. Distribución de caídas por turnos del HUSI en 2013-2015</i>	66
<i>Gráfica 5. Proporción de renunciaciones y eventos adversos del HUSI atribuibles al cuidado de enfermería por servicios hospitalarios en 2013.</i>	85
<i>Gráfica 6. Proporción de renunciaciones y eventos adversos del HUSI atribuibles al cuidado de enfermería por servicios hospitalarios en 2014.</i>	86
<i>Gráfica 7. Proporción de renunciaciones y eventos adversos del HUSI atribuibles al cuidado de enfermería por servicios hospitalarios en 2015.</i>	87

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	5
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
3. JUSTIFICACIÓN	10
4. ANTECEDENTES	15
5. ESTADO DEL ARTE	19
6. MARCO TEÓRICO	23
6.1. HUMANISMO COMO PARADIGMA DE ENFERMERÍA	23
6.2. TEORÍA DEL CUIDADO HUMANO	24
6.3. NORMATIVIDAD	25
6.4. CALIDAD DE LA ATENCIÓN	27
6.5. MEDICIÓN DEL DESEMPEÑO EN LA ATENCIÓN	30
6.6. SEGURIDAD CLÍNICA.....	32
6.7. CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (WHO, 2009)	33
6.8. TERMINOLOGÍA DE SEGURIDAD CLÍNICA (SANED, 2007)	34
6.9. EVENTOS DE SEGURIDAD CLÍNICA (EVENTOS ADVERSOS).....	37
7. OBJETIVOS	43
8. PROPÓSITO	44
9. METODOLOGÍA	45
9.1 TIPO DE ESTUDIO	45
9.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	45
9.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	48
9.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	48
9.5 FUENTES DE INFORMACIÓN	49
9.6 RECOLECCIÓN DE LOS DATOS	49
10. RESULTADOS	57
11. CONCLUSIONES	88
12. DISCUSIÓN	93
13. BIBLIOGRAFIA	96
ANEXO 1. FORMATO DE APROBACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE ENTREGA DE LAS ETAPAS DEL TRABAJO DE GRADO, MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD, 2014.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

1. INTRODUCCIÓN

En general se reconoce que el progresivo aumento entre la oferta de profesionales y auxiliares de enfermería y la demanda de sus servicios es un problema esencial de salud y de desarrollo en todo el mundo (Najera, 2009). La problemática en la escasez de enfermeras y enfermeros profesionales y auxiliares y el aumento en la renuncias del personal dedicado a la prestación de servicios de salud, se enfrenta a diversas situaciones y factores de índole voluntario, forzado o administrativo, y otros, que se convierten a menudo en condiciones laborales poco satisfactorias, gestión inadecuada del recurso humano, falta de motivación en sus empleos y poca fidelización y retención del personal de enfermería para la atención en salud. (Velandia Mora A. L., 2002)

En diversas instituciones, de salud en especial, se evalúan las renuncias laborales como un indicador de gestión gerencial y en industrias de alto índice de éstas se hace necesario conocer las razones de ello y detener su avance a favor de la productividad y rentabilidad en la retención de personal. Los efectos de las renuncias de personal dentro de las instituciones tienen que ver principalmente con el desgaste y agotamiento del personal que permanece en la institución, el debilitamiento de la organización y en otras circunstancias enfrentarse al déficit en la calidad de la prestación de los servicios dando como resultado aumento en los riesgos para el paciente, mayor incidencia de eventos adversos, demoras en los procesos de atención del usuario y aumento en los costos por estancias hospitalarias prolongadas. (Ortega, 2006)

El efecto que genera la alta tasa de renuncias de personal de enfermería se ve reflejado en cada proceso que se lleva a cabo en las instituciones prestadoras de servicios de salud, factores del entorno laboral que producen una experiencia positiva en las enfermeras y enfermeros tienen a su vez una mayor probabilidad de producir resultados positivos en su labor, aspectos que finalmente influyen en la satisfacción laboral de los empleados y disminución del índice de renuncias en las instituciones. (Chan, 2012)

A menudo la prestación de los servicios brindados por enfermería en las instituciones de salud se ven en deterioro por agotamiento físico, alto volumen de pacientes, poca motivación, deficientes condiciones laborales en las que se incluyen racionalización del gasto para contratación de nuevo personal, condiciones laborales de inestabilidad, deficiente remuneración salarial que llevan a estrés laboral, incapacidades médicas, ausentismo laboral y por último su egreso institucional. (Yautenzi, 2014)

Un tema importante es contar con información clara de si el personal de enfermería contratado es suficiente para los servicios que se ofrecen y mantener los estándares de calidad que se manejan a nivel mundial. Muchos expertos sobre seguridad del paciente afirman que no contar con el personal adecuado y la alta renuncia de enfermeros y enfermeras podría no ofrecer una atención segura y de buena calidad a los pacientes o usuarios de los servicios de salud y que esto puede traer graves consecuencias. (Garzón, 2009)

Este documento busca establecer la posible relación entre las renunciaciones de los profesionales y auxiliares de enfermería y la presentación de eventos adversos en los servicios hospitalarios de adultos de una institución de salud de IV nivel de atención en Bogotá. Para ello, el documento presenta una revisión de los antecedentes de la situación de enfermería en la fuerza laboral y la revisión de los eventos adversos que se pueden presentar durante la prestación de servicios de cuidado.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el mundo, las dinámicas epidemiológicas de las poblaciones han generado un aumento de la carga de morbimortalidad; personas más longevas y con mayores necesidades de salud por aumento en la prevalencia de enfermedades no transmisibles crea que se demanden más y mejores servicios de atención y cuidado. Gran parte de éste cuidado y asistencia sanitaria depende del personal de enfermería, que a su vez debe comprender que durante la práctica de cuidado se incluye la gestión de recursos, disminuir los costos de atención en salud y prestar servicios de calidad controlando al máximo la presentación de eventos de seguridad clínica.

Así lo afirman Karina Espinoza Miranda y Viviane Jofre Aravena “el aumento de la esperanza de vida de las poblaciones ha hecho que haya más pacientes con enfermedades crónicas que implican una mayor complejidad y demanda de servicios, agravado por la evidente escasez de personal de enfermería”. (Espinoza Miranda, 2012).

Sin embargo, el cuidado de enfermería se ha tornado en una dinámica y cumplimiento de actividades de tipo administrativo más que del cuidado en sí, disminuyendo la interacción con el paciente lo que podría incurrir en que se presenten eventos adversos durante la atención integral afectando la seguridad en la prestación de los servicios y generando un impacto negativo en el paciente, familia y personal de salud, diluye el perfil de su rol y la dispersa en un sinnúmero de tareas que se apartan del objetivo mismo de la enfermería. Dado no solo por las lesiones físicas o psicológicas que se generan, sino por los costos que surgen para la atención y resolución del evento.

Según la reunión de expertos de enfermería cuyas conclusiones se recogen en el documento Enfermería en la Región de las Américas “El reto inmediato para los países es hacer el mejor uso de los recursos limitados para proporcionar atención segura, mientras que a mediano y largo plazo es mejorar la calidad con una fuerza laboral de enfermería que esté mejor preparada”. (OPS, Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina, 2005)

Así mismo, muchos expertos sobre seguridad del paciente afirman que no contar con el personal adecuado y la alta renuncia de enfermeros y enfermeras podría no ofrecer

una atención segura y de buena calidad a los pacientes o usuarios de los servicios de salud y que esto puede traer graves consecuencias como la ocurrencia de eventos de seguridad clínica (Garzón, 2009). Generalmente tras una excesiva renuncia del personal enfermero se oculta la desmotivación, el descontento, la insatisfacción laboral, y esto a su vez está influenciado por aspectos vinculados a una insuficiente Gestión de los Recursos Humanos. (Asqui, 2011)

Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente. La Seguridad del Paciente implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad necesarias. (Minsalud, www.minsalud.gov.co, 2014)

La Política de Seguridad del Paciente expedida en junio de 2008 es transversal a los cuatro componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. La orientación hacia la prestación de servicios de salud más segura, requiere que la información sobre seguridad del paciente esté integrada para su difusión, despliegue y generación de conocimiento con el fin de estimular a los diferentes actores al desarrollo de las acciones definidas en las líneas de acción y el logro del objetivo propuesto. (Minsalud, <https://www.minsalud.gov.co>, 2008)

A menudo enfermería se ve enfrentado a condiciones laborales insatisfactorias, en desventaja frente a otras disciplinas sanitarias que generan pocas expectativas sobre la permanencia en los empleos, salarios bajos, estrés por sobre carga laboral, extensos turnos, rotación entre servicios, tiempo sacrificado para compartir con su familia y demás causas que llevan a que se presenten las renuncias laborales afectando la seguridad de los pacientes durante la prestación de los servicios.

En su informe “La salud en el mundo 2006” la Organización Mundial de la Salud –OMS- señala que las instituciones deben centrarse en tres objetivos para mantener la fuerza laboral: mejorar la contratación, potenciar el desempeño del personal, y disminuir la

renuncia laboral. Esta preocupación de la OMS se debe a que muchos son los trabajadores que año tras año abandonan la fuerza laboral sanitaria, creando situaciones capaces de comprometer la prestación y calidad de los servicios de salud (Organización Mundial de la Salud, 2006).

En el HUSI (Hospital Universitario San Ignacio) no se ha realizado un análisis para establecer una posible relación entre las renuncias laborales por parte de los profesionales y auxiliares de enfermería y la ocurrencia de eventos adversos que se presentan durante la provisión de cuidado. Es por esta razón que el presente estudio espera responder la siguiente pregunta:

¿Las renuncias de los profesionales y auxiliares de enfermería tienen algún efecto en la presentación de eventos adversos en los servicios hospitalarios de adultos del Hospital Universitario San Ignacio entre 2013-2015?

3. JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo de investigación se realiza para establecer la posible relación entre las renunciaciones voluntarias del personal de enfermería (profesionales y auxiliares) y los resultados que se originan frente a la calidad de la prestación de los servicios en cuanto a la ocurrencia de eventos adversos atribuibles al cuidado directo de enfermería en los servicios hospitalarios de adultos en una institución de salud de IV nivel de complejidad en la ciudad de Bogotá.

La renuncia voluntaria de personal se manifiesta como una ruptura definitiva de la relación laboral entre individuos y organizaciones. Por dicha razón, es fundamental señalar que la separación incurre en costos de oportunidad, costos de reclutamiento, selección y capacitación, así como en una baja de moral de los empleados que permanecen. Los recursos humanos son sin duda el recurso principal de toda organización, es por ello que en todo momento se están ejerciendo esfuerzos dirigidos a su coordinación, mantenimiento, mejoramiento y desarrollo, que ayuden a alcanzar eficientemente las metas organizacionales. (Littlewood Zimmerman, 2006)

La enfermería se ha identificado como una profesión humanista, que se adhiere a una filosofía centrada en el ser humano y su interacción con el entorno, de la misma manera se encuentran en constante movimiento ya sea dentro de la misma empresa o con movimientos de entrada y salida de la organización, uno de estos movimientos de salida puede ser la renuncia del personal. (Velandia A. L., 1999). Estos movimientos del personal permiten predecir, a corto, mediano y largo plazo, las necesidades de los trabajadores por parte de la organización para la creación de estrategias que permitan el reclutamiento, entrenamiento, fidelización y retención del personal aumentando la capacidad de responder las necesidades de los usuarios.

En Latinoamérica en las últimas décadas se ha prestado mucha importancia al tema de las renunciaciones del personal, ya que genera gran interés en las instituciones, básicamente por las consecuencias que trae la no fidelización del personal. “Las compañías se han dado

cuenta de los beneficios de atesorar el capital humano y, sobre todo, del daño que puede causar la renuncia de personal”. (Valencia Hernández, 2014)

La Organización Panamericana de la Salud – OPS- ha insistido una vez tras otra en que la crisis es global y cobija a los países de Latinoamérica en donde casi ningún Estado alcanza la cifra ideal de una enfermera por cada 1.000 habitantes. (CORREA, 2008). Contar con un número adecuado de enfermeras es fundamental para un país. Según un estudio publicado en el Boletín de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y que ha analizado 53 investigaciones de 18 países durante los últimos 20 años, aquellos países donde se ha reforzado la atención con enfermeras tienen resultados clínicos tan buenos y, en algunos casos, incluso mejores que cuando los prestaron los médicos. (López, 2013). Más de la mitad de los 53 estudios se realizaron en centros de atención terciaria de países de ingresos altos (Australia, Canadá, Italia, Países Bajos, Suecia, el Reino Unido y los Estados Unidos de América). El resto fueron países de renta media (Camerún, China, Filipinas, Sudáfrica, Tailandia, Turquía y Vietnam) y de ingresos bajos (Malawi, Mozambique, Nepal y la República Unida de Tanzania), de acuerdo con las clasificaciones del Banco Mundial en cuanto al nivel de renta. Los resultados del estudio son especialmente importantes para los países que se esfuerzan por ofrecer a sus poblaciones un acceso universal a servicios de salud asequibles y de calidad, una empresa para la que resulta indispensable disponer de un personal sanitario adecuado. (OMS, 2012)

Algunos de los elementos más importantes de este boletín estableció que los países que enfrentan una grave escasez y mala distribución de los trabajadores sanitarios podrían beneficiarse de la formación y el despliegue de trabajadores sanitarios de rango medio, como los enfermeros, conclusiones desmienten el mito de que un mayor empleo de trabajadores sanitarios de rango medio podría dar lugar a servicios de calidad inferior. Pese a las limitaciones de las pruebas, parece que en algunas áreas incluso superan a los médicos. Otro hallazgo importante fue que la atención prestada por los enfermeros en diversos campos de la salud, como la prevención y el tratamiento de las enfermedades cardíacas, diabetes, problemas de salud mental y de infección por VIH, resulta tan eficaz como la prestada por los médicos. El estudio no sugiere de forma alguna que se deba sustituir a los médicos en su totalidad por trabajadores sanitarios de

rango medio, sino que en ciertas áreas de la salud los trabajadores sanitarios de rango medio lo hacen igual de bien, o incluso mejor que los médicos. (OMS, 2012)

Existe un interés máximo sobre los modos en que los distintos Estados pueden dar respuesta a la creciente demanda de servicios de salud por parte de la población. Generalmente tras una excesiva renuncia del personal enfermero se oculta la desmotivación, el descontento, la insatisfacción laboral, y esto a su vez está influenciado por aspectos vinculados a una insuficiente Gestión de los Recursos Humanos. (Asqui, 2011)

Fenómenos como el envejecimiento poblacional, el aumento de la dependencia y la cronicidad de los procesos, obligan, ante la presencia de recursos de personal limitados, a dilucidar con mayor precisión qué intervenciones sanitarias realmente producen resultados en la población. Fortalecer el recurso humano de enfermería tiene como objetivo promover la calidad, disminuir la ocurrencia de eventos adversos, mejorar los resultados con los pacientes y la contención de costos.

El Talento Humano en Salud, después de estar ausente en las discusiones del sector salud en el país, ha tomado una gran importancia en la agenda nacional, en gran parte, por la expedición de la Ley 1164 de 2007, por la cual se dictan disposiciones, tanto del desempeño de la práctica profesional, como de sus beneficios, compensaciones y remuneraciones a las cuales tiene derecho. Uno de los aspectos a tener en cuenta y que ha sido objeto de análisis en diferentes oportunidades, es la situación laboral del personal de enfermería y que de allí se desprendan algunas de las motivaciones para renunciar voluntariamente de los empleos. (Restrepo, 2010)

“Los recursos humanos son el fundamento de los sistemas de salud, cualquiera sea su modelo de organización y funcionamiento. A través de la acción del Talento Humano en Salud se materializa el derecho a la salud y garantiza el acceso a los servicios de salud y la calidad de los mismos, de allí la relación entre la disponibilidad y calidad del personal sanitario y los resultados en salud de los sistemas de salud. De igual forma, la eficiencia en el desempeño y

sostenibilidad de los sistemas de salud y sus instituciones, son altamente dependientes del recurso humano". (INS, 2011)

Las renunciaciones del personal de enfermería se ven reflejadas en: pocas enfermeras atendiendo muchos pacientes en una relación enfermera – paciente de proporciones no apropiadas, cansancio del personal, deficiente remuneración, lo que hace que el personal trabaje en dos o hasta tres trabajos, esto a costa de su bienestar físico, sacrificio de tiempo con su familia; lo que en última instancia puede llevarlo a renunciar a alguno de estos trabajos en busca de mejores situaciones laborales. A consecuencia de los cambios y reformas en el sector salud, se abre la posibilidad a las enfermeras para que se desempeñen en el área administrativa ejecutando cargos de auditora, gerente, promotora, creadora y gestora de proyectos, en donde la enfermera forma parte activa de la salud pública en el país. Hay una clara absorción de la fuerza laboral en Enfermería en el sector y sistema de salud, hay avances en la comprensión de la práctica profesional, hay mayor claridad del objeto de estudio de enfermería y del tipo de conocimiento que necesita enfermería para su formación. (Rodríguez, 2014)

El Sindicato de Enfermería de España –SATSE- revela que la disminución de enfermeras, como resultado de las renunciaciones masivas, "así como su mala gestión" tiene consecuencias directas en la calidad de la atención sanitaria que se presta a los ciudadanos, en su curación, en su seguridad, en el aumento de los efectos adversos "e incluso en el aumento de la mortalidad". (Satse, 2013).

La disminución en el número de enfermeras tiene consecuencias en atención, cuidado y curación e incluso en aumento de la mortalidad. Es necesario reorientar nuestro sistema sanitario, incrementar los recursos enfermeros tanto en el ámbito clínico como en el social y no disminuir los recursos destinados a las políticas preventivas como garantía de calidad de vida de los ciudadanos y ahorro en costos sanitarios. Los recortes de personal sanitario, está amenazando la calidad asistencial al centrarse, en su mayor parte, en la reducción de enfermeros y enfermeras en los centros sanitarios que afecta directamente a la atención que se presta. (Satse, 2013)

El sindicato añade que reducir las plantas de enfermeras "supone aumentar las infecciones urinarias, de heridas quirúrgicas y nosocomiales, las úlceras por presión, las complicaciones del sistema nervioso central" y "todo ello aumenta el gasto sanitario". Por último, y en base a este informe resalta que los centros donde la planta de enfermería es más estable y tienen menos índice de rotación consiguen disminuir las estancias en 1,2 días", en cambio, "los hospitales que tienen un alto índice de rotación de enfermeras llegan a incrementar los costos hasta en un 36 por ciento". (Murcia, 2013)

En Colombia, el aumento de la cantidad de pacientes asignados a las enfermeras implica condiciones laborales que desalientan a los trabajadores sanitarios y que pueden tener efectos que originen la despersonalización del cuidado y por ello se ha encontrado que se puedan presentar algunos eventos de seguridad que en muchas ocasiones son prevenibles. (Universidad Nacional, 2015) El profesional de enfermería se enmarca dentro del tema de seguridad del paciente generando líneas de investigación hacia este tema de interés por lo tanto es de gran importancia conocer las causas de estos eventos en la atención de enfermería y generar planes de mejoramiento para evitarlos.

Siendo el Hospital Universitario San Ignacio, una institución de IV nivel de complejidad que maneja un alto volumen de pacientes con una carga de morbi-mortalidad importante y que reconoce la importancia de fidelizar la fuerza laboral como parte fundamental de la prestación de los servicios de salud como lo establece en su política de Talento Humano en la cual "... ratifica su compromiso con sus empleados a través de procesos tendientes a crear un ambiente laboral que propicie su desarrollo integral, sobre la base de construir identidad con el direccionamiento estratégico (HUSI, 2015); se hace relevante establecer la posible relación entre las renunciaciones del personal de enfermería y la ocurrencia de los eventos adversos en los servicios hospitalarios de adultos de la institución asociados a la prestación de la atención de enfermería.

4. ANTECEDENTES

La enfermería es una disciplina encargada de brindar cuidado a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no. Comprende actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y la atención a enfermos, personas en condición de discapacidad y situación terminal (Paniagua Mota, 2014). La OMS estima que hay en el mundo un total de 59,2 millones de trabajadores sanitarios de jornada completa remunerados, entre médicos, enfermeros y otros profesionales y apoyos en salud, que constituyen aproximadamente las dos terceras partes del personal sanitario mundial, complementados por los hospitales y servicios propiamente dichos (Organización Mundial de la Salud, 2006).

El recurso humano es el potencial más valioso con que cuentan las instituciones de salud; por lo que es necesario potenciarlo al máximo. Un reto para cualquier institución de salud es conocer la motivación y satisfacción de sus empleados con su trabajo, de manera que, éstas se reflejarán en los resultados de la institución a la cual pertenecen. Se ha relacionado la satisfacción laboral con el desempeño y en los servicios de salud además, con la calidad del cuidado que se brinda. (Hernández Zavala, 2012).

Las organizaciones están integradas por personas, y de ellas depende el fracaso o éxito de las mismas. En la actualidad las organizaciones por la competitividad en un mundo globalizado requieren del capital humano con conocimientos y competencias y adicionalmente pronosticar las necesidades de personal de una empresa para un periodo determinado y satisfacerlas apropiadamente y en el momento adecuado para obtener el máximo beneficio. Las organizaciones son dinámicas, ello implica que el capital humano "entran, pasan y salen" de la organización, esto ocurre por la competitividad en las organizaciones industriales, comerciales y de servicios, que a menudo van cambiando por el mismo hecho de ser dinámicos, la misma competencia hace que las empresas inclusive requieran un número mayor de personal y capaces de responder a las demandas del entorno. (Alles, 2007)

La renuncia del personal sanitario es uno de los aspectos más importantes de la

dinámica organizacional de las instituciones y tiene un impacto significativo en aquellas cuyo objetivo principal es la prestación de servicios de salud. Esto conlleva a deducir que la vida laboral de los trabajadores de la salud en especial del personal de enfermería no es muy extensa en una misma institución, las crecientes renunciaciones, por diversas causas, imponen serias dificultades para mantener la fuerza laboral sanitaria en adecuada cantidad y condicionales de calidad, haciendo especial énfasis de la relación enfermera – paciente. (Asqui, 2011)

En este sentido, la preocupación por el tema de las renunciaciones representa además una amenaza para la calidad de la atención sanitaria, ya que podría perturbar el funcionamiento organizacional, reducir la eficiencia de los equipos y provocar una pérdida de conocimientos institucionales. Los costos asociados a los problemas para asegurar la permanencia del personal a menudo son considerables. (Organización Mundial de la Salud, 2006)

América Latina junto a otras regiones, se muestra como una fuente continua de personas que buscan mayores oportunidades de trabajo. (OPS, Migración de enfermeras en América Latina, 2011) En México se ha estudiado este fenómeno y su relación, entre otros, con el ambiente laboral. Así lo confirma una encuesta elaborada por el proveedor de soluciones para lugares de trabajo, Grupo Regus, que arrojó como principales motivos de renuncia la precariedad de los salarios; baja satisfacción laboral; nula o escasas oportunidades de crecimiento; sobrecarga laboral y hasta el tiempo invertido en los largos traslados de casa a oficina”. (Vargas, 2011).

Dentro de los hallazgos más significativos de la investigación en la que se aplicó esta encuesta a más de 1.000 organizaciones de 10 países de América Latina, encontró que en México existe un índice de renuncia laboral de 5%, por encima de Argentina (3,2%) y Colombia (2,2%). También afirma que “el promedio de este comportamiento en América Latina, de acuerdo con la investigación, es de 2,89%, lo cual implica que este porcentaje en México es el más alto en la región”. (Awases M, 2004)

Según la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería (ACOFAEN), en una entrevista realizada a la decana de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, María Isabel Lalinde “Existe renuncia laboral por el deterioro de las condiciones

laborales y que las instituciones de salud pretenden ahorrar costos a expensas del personal de enfermería”. (Parra S. P., 2010)

En la actualidad los empresarios ven como único objetivo obtener mayores ganancias día a día, exigiendo a sus colaboradores que sean productivos al cien por ciento como su principal obligación pero sin velar por las exigencias y necesidades de sus colaboradores pronto se verá un déficit de productividad reflejado este como poca ganancia. (Morales, 2013)

La situación descrita es crítica, porque afecta la calidad e impacto del cuidado de salud en el proceso de atención a pacientes teniendo en cuenta que la seguridad de los pacientes se constituye en una prioridad en la gestión de calidad del cuidado que se brinda. De ahí la importancia de reflexionar sobre la magnitud del problema de eventos adversos, para prevenir su ocurrencia y progresar en acciones que garanticen una práctica segura (Cantillo, 2007). Adicionalmente, produce un deterioro de las condiciones laborales por el elevado estrés, condiciones inseguras en el trabajo, sobrecarga e insatisfacción laboral (OPS/OMS, 1998).

Diversas situaciones se desprenden de las masivas renunciaciones y falta de enfermeros y auxiliares de enfermería en las instituciones, uno de ellos y quizá el más importante son los eventos adversos (EA) frente a la prestación de servicios de forma segura, para la OMS, la seguridad del paciente es uno de los pilares más importantes de la atención en salud. Según sus lineamientos es imprescindible implementar acciones para reducir el riesgo de eventos evitables que se deriven de la atención en salud. Para lograr esta meta, las instituciones deben trabajar en procesos seguros para el paciente, lo cual permite minimizar la ocurrencia de eventos adversos dentro del área institucional. (OMS, Alianza mundial para la seguridad del paciente. la investigación en seguridad del paciente., 2008)

El boletín de la Asociación Médica de Estados Unidos, indica que agregar un solo paciente a los cuatro que debe tener a cargo un profesional de enfermería, en un plazo de 30 días, aumenta el riesgo de muerte de los pacientes en un 7%. Y este porcentaje crece en forma proporcional al número de pacientes extra. Para satisfacer las crecientes necesidades derivadas de esta escasez, los países con mejores índices de desarrollo favorecen el éxodo de profesionales

de enfermería debido a la fuerza que ejerce su mercado laboral. En los países industrializados la proporción de enfermeras es casi ocho veces mayor que en los países de bajos recursos. (Espinoza Miranda, 2012)

Por otro lado en Colombia, estudios revisados, miden la calidad del cuidado de enfermería basado en la percepción de los pacientes, uno de ellos realizado por el Grupo de Cuidado de la Universidad Nacional de Colombia en diferentes instituciones de Bogotá en el 2001 utilizaron el instrumento CARE/SAT de Patricia Larson que evalúa el grado de satisfacción del paciente con el cuidado de enfermería, y tiene como principal dimensión de evaluación la relación interpersonal entre enfermera-paciente, un trato individualizado y humanizado. Por consiguiente, tanto la percepción como la satisfacción de la calidad del cuidado se basan en características propias de los pacientes, como son la cultura y las expectativas que éste tiene frente a su estado de salud. Si la enfermera cumple con sus expectativas personales, el cuidado será percibido como cuidado de mayor calidad y así mismo el paciente quedará satisfecho con el servicio brindado. (Torres, 2010)

Es por esto, que el presente estudio de investigación da una visión más amplia de la evaluación de calidad del cuidado de enfermería y da un enfoque de resultados en salud que se generan por la prestación del cuidado en relación con las renuncias presentadas en la institución del personal de enfermería ya que los eventos adversos, al igual que afectan la condición de salud de los enfermos, implican repercusiones financieras debido a la alta proporción de los costos de salud de las instituciones y el incremento de las estancias intrahospitalarias. De esta manera nos permitirá marcar metas respecto a mejoras en la calidad asistencial y la investigación de este tema, además fortalecer estrategias que permitan mejoras en la efectividad y la eficiencia de la atención en salud.

5. ESTADO DEL ARTE

El término rotación de personal o “Turnover” se utiliza para definir la fluctuación de personal entre una organización y su ambiente, esto significa que el intercambio de personas entre la organización y el ambiente se define por el volumen de personas que ingresan en la organización y el de las que salen de ella. En general, se expresa mediante la relación porcentual entre los reclutamientos y las renunciaciones y el promedio de trabajadores que pertenecen a la organización en cierto periodo. (Ferreira Rocca, 2013), Frente a esto se inició a nivel mundial la realización de diversos estudios sobre el tema, por ejemplo en diferentes países de Europa se analizaron las razones y el impacto en la prestación de los servicios.

La OMS ha identificado un umbral en la densidad de personal sanitario por debajo del cual es muy improbable lograr una alta cobertura de intervenciones esenciales, como las necesarias para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con la salud. Basándose en estas estimaciones, hay actualmente 57 países con escasez crítica equivalentes a un déficit mundial de 2,4 millones de médicos, enfermeras y parteras. En términos proporcionales, el déficit es mayor en el África subsahariana, pero en términos absolutos es muy elevado en Asia Sudoriental, debido a su gran población. (Chicanda, 2005)

La escasez y renunciaciones masivas de enfermeras en el mundo y en las Américas, son problemas crecientes que están impactando intensamente y negativamente a los servicios de salud y en las condiciones de vida y trabajo de las enfermeras y enfermeros. (Miotto Wright, 2013). De allí, que se hable del tema de la seguridad clínica el cual es componente esencial de la calidad asistencial, da cuenta de la complejidad, tanto de la práctica clínica como de su organización. (Aranaz J. , 2006)

Un estudio elaborado por el Sindicato de Enfermería, SATSE, en España concluye que un 49 por ciento de las enfermeras encuestadas aseguran que han sido desplazadas a otros servicios y unidades para suplir las ausencias de profesionales en las plantillas a causa de las renunciaciones masivas. El porcentaje aumenta hasta el 64 por ciento en el caso del personal

eventual, que es el que mayor índice de renuncia presenta. Este fenómeno ha causado un aumento progresivo de renuncias laborales. (Navarra, 2012)

Al interior de las empresas se presentan infinidad de factores que desmotivan a los empleados y conllevan al personal a tomar la decisión de renunciar y cambiar su entorno laboral y, aunque algunos de estos elementos tienen que ver con sentimientos internos del trabajador, existen otros que tienen relación con la mala dirección de la empresa. (Awases M, 2004)

Ante estos datos, SATSE ha recordado que distintos estudios constatan que unos mayores índices de renuncias voluntarias en busca de mejores condiciones están directamente asociados al aumento de probabilidad en los pacientes de sufrir efectos adversos y complicaciones en su proceso patológico. De igual manera, el desconocimiento de los protocolos y normas de funcionamiento interno de los servicios al personal que ingresa genera mayor inseguridad y aumento del estrés. Otros resultados del estudio son que un 80 por ciento de los profesionales consideran que en su unidad o servicio no hay el número adecuado de enfermeros, y el 82 por ciento entiende que no dispone del tiempo suficiente para prestar la atención más adecuada a sus pacientes. (SATSE, [www. sats. es](http://www.sats.es), 2012)

En Colombia los estudios hasta ahora realizados tienen que ver básicamente con trabajos sobre satisfacción del personal de enfermería en las instituciones de salud y sobre satisfacción de pacientes frente al proceso de atención de acuerdo con el cumplimiento de sus expectativas frente al proceso salud – enfermedad, pero no reportan mayores datos de profesionales de enfermería que tengan gran proporción de renuncias laborales voluntarias y su relación frente a la presentación de eventos adversos durante el proceso.

El riesgo ligado a los cuidados hospitalarios es una cuestión de suma importancia para el sistema de salud, tanto en su dimensión sanitaria como económica, jurídica e incluso social en el contexto de la atención en salud. El término riesgo presenta una serie de peculiaridades, ligándose clásicamente al estudio de la asociación causal, una de ellas podría ser

las renuncias de personal, y a la probabilidad de que ocurran hechos relacionados con la salud o enfermedad, tales como fallecimiento, accidente, curación o mejoría. (Pescandola M, 2001)

En 1955 Barr vio en los eventos adversos el precio a pagar por los modernos métodos de diagnóstico y terapia (D., 1955), y Moser, en 1956, los llamó “las enfermedades del progreso de la medicina” (R., 1956). En 1964 Schimmel, llamó la atención acerca del hecho de que un 20% de los pacientes admitidos en un hospital universitario sufrían alguna iatrogenia y que la quinta parte eran casos graves. (Schimmel, 1964). Steel en 1981 establecieron la cifra en un 36%, de los que la cuarta parte eran graves siendo la principal causa en ambos estudios el error en la medicación. (Steel K, 1981). La tasa de Efectos Adversos (EAs) en hospitales ha sido estimada entre un 4 y un 17%, de los que alrededor de un 50% han sido considerados evitables. Estos estudios se han realizado en EE UU, Australia, Gran Bretaña, Dinamarca, Nueva Zelanda y Canadá. Todos estos estudios compartían la definición operativa de eventos adversos como el daño no intencionado provocado por un acto médico más que por el proceso nosológico en sí (Aranaz JM, 2004).

Todos han sido estudios de cohortes retrospectivas, con una metodología similar mediante la revisión de historias clínicas, en un primer momento por personal de enfermería, que detectaban posibles alertas en pacientes que podían haber padecido un evento adverso. Posteriormente, en una segunda fase, esos pacientes que habían sido detectados por la Guía de Cribado eran reevaluados por médicos para valorar si se trataba verdaderamente de un evento o no. (Leape LL, 1991). El estudio de referencia fue el que se desarrolló en 1984 en Nueva York y se conoce como el estudio Harvard Medical Practice (HMPS) que estimó una incidencia de eventos adversos de 3,7% en las 30.121 historias clínicas de pacientes. En el 70% de estos pacientes el acontecimiento adverso condujo a discapacidades leves o transitorias, pero en el 3% de los casos las discapacidades fueron permanentes y en el 14% de los pacientes contribuyeron a la muerte. El motivo de la revisión era para establecer el grado de negligencia en la ocurrencia de estos eventos y no para medir la posibilidad de prevención de los mismos. Las reacciones a los medicamentos era el más frecuente (19%), seguido de infecciones nosocomiales de herida quirúrgica (14%) y de las complicaciones técnicas (13%). Las especialidades que presentaron mayor número de sucesos adversos fueron las quirúrgicas y de ellas Cirugía

Vascular (16,1%), mientras que las especialidades médicas fueron las que presentaron una menor frecuencia (3,6%). Los pacientes mayores de 65 años padecían más del doble de sucesos adversos comparado con pacientes menores de 65 años y la mayor parte de las negligencias eran debidas a problemas diagnósticos y fallos terapéuticos. (Brennan TA, 1991)

A modo de síntesis, todos los estudios han estimado la incidencia de eventos, la proporción de evitables, evaluando el impacto en términos de incapacidad o muerte del paciente y/o prolongación de la estancia. Algunos han analizado la proporción de eventos adversos ligados a negligencia médica y otros incluso al coste. En Seguridad del Paciente en alguna ocasión se ha estimado la relación entre eventos adversos y renuncias, aunque no con demasiado fundamento, dado que la información procedía de diseños metodológicos poco apropiados para analizar esa asociación. (Michel P Q. J.-L., 2004)

6. MARCO TEÓRICO

6.1. Humanismo como paradigma de Enfermería

El proceso de cuidado para la persona, familia y grupos es el foco principal de enfermería, no sólo en el ámbito de la interacción humano-humano sino en la demanda de conocimientos de carácter ético, estético, artístico y científico bajo una investidura de responsabilidad y compromiso personal, social y moral. (Arroyo de Cordero, 2000)

El cuidado como ideal moral de enfermería, involucra todos los aspectos del humanismo, con una perspectiva individual dirigida a la persona, con el fin de preservar la dignidad humana y conservar la humanidad. En este orden de ideas se afirma que el cuidado humano nos enseña cómo ser humanos al identificarnos como seres humanos. Para que la enfermera consiga acercarse a la persona, familia y/o grupo con el fin de ofrecer o brindar cuidado, requiere de parte de ella características y valores que le permitirán el logro del objetivo en su práctica. (Pardo Torres, 2000)

Es necesario que la enfermera tenga, además, un nivel de conocimiento y la esencia de lo que significa ser humano, ser cuidador, así como un compromiso plenamente desarrollado para reconocer y ofrecer el cuidado en todas las situaciones de enfermería, de tal manera que ese conocimiento sea aplicado a la situación entendiéndola como única. Con estas características, muy seguramente la persona, familia y/o grupo le reconocerán sus capacidades y así mismo permitirán, sin mucho esfuerzo, la "presencia" de ella en su contexto.

La enfermería es un servicio público que contribuye a preservar la vida y la salud de las personas desde las perspectivas, humana, ética, interpersonal y terapéutica. El cuidado comprende aspectos afectivos y humanistas relativos a la actitud y compromiso con los usuarios, y aspectos instrumentales o técnicos que no pueden separarse de los primeros. Para crear cuidados personalizados es preciso recoger sobre el paciente, la familia o la comunidad y sobre su entorno y hacer análisis reflexivos para producir diagnósticos enfermeros y desarrollar

el proceso de atención de enfermería fundamentado en concepciones de la disciplina. (Aguirregas, 1990)

Si se comprenden las características de la práctica de la enfermería enunciadas, entonces la discusión sobre la gestión del cuidado tiene que girar alrededor del saber enfermero. Gestionar el cuidado implica la construcción permanente de un lenguaje enfermero y su posicionamiento en las organizaciones sociales y de salud. Implica además, el cuidado como un acto comunicativo que requiere de conocimientos científicos, tecnológicos y del contexto cultural donde viven, se recrean y enferman los sujetos cuidados (Aladefe, 2003)

6.2. Teoría del cuidado Humano

Jean Watson considera que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal, por lo tanto, es pionera de la integración de las humanidades, las artes y las ciencias. (Watson, 2012). La teoría de Watson esta soportada en el trabajo de Nightingale (enfermera), Henderson, Hall, Leininger (antropóloga), Hegel (filósofo), Kierkegaard (filósofo y teólogo), Gadow y Yalom (psiquiatra), y la llamó teoría “Del cuidado humano”.

Lo anterior le permitió a Watson la articulación de sus premisas teóricas, conjuntamente con las premisas básicas de la ciencia de enfermería. A causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería, es por esto que se basa en siete supuestos básicos: (Urta, 2011)

1. El cuidado sólo se puede manifestar de manera eficaz y sólo se puede practicar de manera interpersonal.
2. El cuidado comprende factores de cuidados que resultan de satisfacer ciertas necesidades humanas.
3. El cuidado eficaz promueve la salud y el crecimiento personal o familiar.
4. Las respuestas derivadas del cuidado aceptan a la persona no sólo como es, sino como la

persona puede llegar a ser.

5. Un entorno de cuidado ofrece el desarrollo del potencial, a la vez que permite elegir para la persona la mejor acción en un momento determinado.
6. El cuidado es más “salud-genético” que la curación. La práctica del cuidado integra el conocimiento biofísico al conocimiento de la conducta humana para generar o promover la salud y ofrecer cuidados a los enfermos. Así pues, una ciencia del cuidado complementa perfectamente una ciencia de curación.
7. La práctica del cuidado es fundamental para la enfermería.

Esta teoría filosófica en la que considera a la persona como "un ser en el mundo". La misma tiene en cuenta: el alma, el cuerpo, y el espíritu. La persona se esfuerza en actualizar la relación entre estos tres, para conseguir la armonía y son dimensiones que la enfermera ha de tener en cuenta. Sosteniendo que el cuidado humano es considerado como una relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo. Lo que le permitió la articulación de sus premisas teóricas, éstas son un reflejo de los aspectos interpersonales, transpersonales, espirituales de su obra, reflejando la integración de sus creencias y valores sobre la vida humana (Ann Marriner, 2004)

6.3. Normatividad

En Colombia el ejercicio profesional de Enfermería se encuentra dentro del marco de:

- Ley 266 de 1996, por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. Establece que “la enfermería es una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyos sujetos de atención son la persona, la familia y la comunidad, con sus características socioculturales, sus necesidades y derechos, así como el ambiente físico y social que influye en la salud y en el bienestar. El ejercicio de la profesión de enfermería tiene como propósito general promover la salud, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, rehabilitación y recuperación de la salud, aliviar el dolor, proporcionar medidas de bienestar y contribuir a una vida digna de la persona” (Ley 266, 1996).

- Ley 911 de octubre de 2004, por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. **Artículo 6:** El profesional de enfermería deberá informar y solicitar el consentimiento a la persona, a la familia, o a los grupos comunitarios, previa realización de las intervenciones de cuidado de enfermería, con el objeto de que conozcan su conveniencia y posibles efectos no deseados, a fin de que puedan manifestar su aceptación o su oposición a ellas. De igual manera, deberá proceder cuando ellos sean sujetos de prácticas de docencia o de investigación de enfermería. **Artículo 7:** El profesional de enfermería solamente podrá responder por el cuidado directo de enfermería o por la administración del cuidado de enfermería, cuando la relación del número de personas asignadas para que sean cuidadas por el profesional de enfermería, con la participación de personal auxiliar, tenga en cuenta la complejidad de la situación de salud de las personas, y sea tal, que disminuya posibles riesgos, permita cumplir con los estándares de calidad y la oportunidad del cuidado. **Artículo 8:** El profesional de enfermería, con base en el análisis de las circunstancias de tiempo, modo y lugar, podrá delegar actividades de cuidado de enfermería al auxiliar de enfermería cuando, de acuerdo con su juicio, no ponga en riesgo la integridad física o mental de la persona o grupo de personas que cuida y siempre y cuando pueda ejercer supervisión sobre las actividades delegadas. **Parágrafo:** El profesional de enfermería tiene el derecho y la responsabilidad de definir y aplicar criterios para seleccionar, supervisar y evaluar el personal profesional y auxiliar de enfermería de su equipo de trabajo, para asegurar que este responda a los requerimientos y complejidad del cuidado de enfermería.

Las reformas realizadas al sector salud mediante la Ley 100 de 1993 y el adelanto en la descentralización administrativa y financiera del país, impulsan el proceso de transformación del campo laboral y el desempeño de las prácticas profesionales del recurso humano en salud en Colombia, puesto que introduce a los proveedores de servicios del sector en la búsqueda de prestar más servicios a menores costos y en óptimas condiciones de calidad. El Sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) ubica el recurso humano en un ambiente moldeado por las fuerzas del mercado y elementos reguladores introducidos al sistema con el fin de lograr el acceso de toda la población a los servicios de salud, en los distintos niveles de atención. (MPS, Oferta y demanda de recursos humanos en salud en Colombia , 2001).

El lugar que ocupan los profesionales de enfermería dentro de la prestación de los servicios de salud hace de ellos un importante complemento en asegurar unos niveles óptimos dentro de la prestación de servicios en las instituciones en calidad asistencial en cuanto a los indicadores relacionados con el cuidado, estos cuidados son parte fundamental dentro del contexto de atención sanitaria, por esta razón, tienen gran influencia en lo que se conoce como calidad global y por lo que se reconoce a las instituciones. A veces es difícil reconocer de forma tangible los resultados que se producen por la prestación de cuidado y medir el efecto frente a indicadores de calidad relacionados con los servicios directos del personal enfermero. (OMS, Informe sobre la salud en el mundo , 2003)

Las habilidades y las competencias asistenciales y administrativas del personal de enfermería deben estar orientadas a desarrollar en la práctica un modelo de salud que privilegie las estrategias de promoción y prevención y que sea capaz de ajustarse de manera inteligente y sistemática a la variabilidad de patologías que representan la mayor carga de enfermedad en el país y, por supuesto, el sistema de salud debe garantizar su calidad y uso adecuado. Este sistema, en medio de un conjunto de incertidumbres y certezas, es y debe permanecer dinámico, y requiere para su crecimiento y desarrollo, de políticas de planeación de recursos humanos que promuevan su incorporación con sentido y sin riesgos (Cendex, 2007).

6.4. Calidad de la atención

En el contexto mundial donde la ciencia, la tecnología y la información están dentro del alcance de muchos, la enfermería enfrenta la necesidad de perfeccionar sus procesos de trabajo con vistas a garantizar cuidados con calidad a los pacientes.

La calidad de la atención ha sido definida de diversas maneras que en mucho dependen del contexto concreto en que el término quiera emplearse. En 1980, Donabedian, una de las personas más reconocidas en este campo, define una atención de alta calidad como “aquella que se espera maximice una medida comprensible del bienestar del paciente después de tener en cuenta el balance de las ganancias y las pérdidas esperadas que concurren en el proceso de atención en todas sus partes” (Donabedian, 1980) Donabedian considera que una sola

definición de calidad que abarque todos los aspectos no es posible, pero que, en el manejo de un problema específico de salud, la buena calidad puede resumirse como “el tratamiento que es capaz de lograr el mejor equilibrio entre los beneficios de salud y los riesgos”.

Años más tarde, concretamente en 1989, la *International Organization for Standardization* –ISO- definió que: "Calidad es el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado" (ISO, 1989). Esta definición que gozó desde el inicio de una amplia aceptación, transmite dos conceptos fundamentales. El primero de ellos es que la calidad de la asistencia puede medirse y de otro lado que la calidad es el grado de cumplimiento de un objetivo.

En 1991 la OMS –organización mundial de la salud- afirmaba que: "Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite".

En cuanto a las condiciones generales de la labor desempeñada por Enfermería, se conoce que dentro de las instituciones hospitalarias el trabajo es intenso, las labores se encuentran cargadas de un alto nivel de estrés y exposición a situaciones de cansancio físico y mental. En general, las remuneraciones salariales son bajas y variables por países o ciudades, incluso en instituciones dentro de la misma ciudad, un análisis comparativo de cinco países: Argentina, Brasil, Colombia, México y Estados Unidos, auspiciado por la Oficina Sanitaria Panamericana, sacó como conclusiones las siguientes: “en términos de financiación, el sector privado ha incrementado su poder y aumentado su rol en la responsabilidad de planear, prestar y manejar el cuidado de la salud. En términos de tecnología, los cuatro países latinos del continente americano incluidos en la muestra están luchando por mantenerse al día con los avances tecnológicos en un ambiente muy asimétrico, no solamente por el alto costo de los equipos, sino por las barreras lingüísticas. Mientras las estancias hospitalarias han disminuido de forma drástica, la atención en casa ha aumentado con un marcado ascenso en Estados Unidos, Argentina, Colombia y México” (Velandia Mora A. L., 2010)

La problemática de la escasez de profesionales de enfermería en el mundo se ha convertido en un objetivo dentro de las políticas de salud en Colombia ya que se ha observado que este fenómeno está provocando efectos adversos graves para la salud de individuos y poblaciones durante los procesos de atención. “La escasez de enfermeras no es un fenómeno nuevo, pero la escasez actual es muy diferente. La demanda de servicios de salud y de enfermeras sigue en aumento por el envejecimiento de las poblaciones, las mayores tasas de crecimiento de la población y una mayor carga de enfermedades crónicas y no transmisibles. Por su parte, la oferta de enfermeras sufre oscilaciones y es de prever que disminuya por el envejecimiento de los recursos humanos de enfermería, lo inadecuado de la financiación para prestar apoyo a los que ingresan a la profesión y el aumento de otras oportunidades de carrera profesional” (Velandia Mora A. L., 2010).

Actualmente, las funciones que desarrolla enfermería abarcan desde la prestación de cuidado a pacientes, acompañamiento a familiares, gestión del personal, gestión de los recursos, formación de personal, comunicación con entidades externas a la institución e incluso investigación. De acuerdo con esto, se entiende que dentro de este panorama de posibilidades, el rol de enfermería tiene un gran peso dentro de las políticas de calidad de las instituciones y en especial sobre los resultados que se obtienen producto de la prestación de los servicios, se debe realizar un análisis considerando la necesidad de identificar los aspectos importantes que permitan evaluar la calidad, en relación con los cuidados de enfermería al paciente y evitar al máximo que se presenten eventos de seguridad clínica durante el proceso de atención. (OPS/OMS, 2006)

Las renunciaciones de personal inciden de manera importante en la calidad de atención ofrecida, teniendo en cuenta el tiempo requerido para el entrenamiento y la falta de continuidad en los procesos de mejoramiento cada vez que se vincula personal nuevo; Los costos se reflejan en: Disminución en el rendimiento del equipo de trabajo, gastos administrativos derivados de la contratación y la formación del personal suplente, aumento de horas extras y pagos de las mismas, tiempo de entrenamiento para suplir la renuncia del personal entre otros. (Marly, 2012)

Los mayores índices de renuncia están directamente asociados al aumento de probabilidad en los pacientes de sufrir eventos adversos y complicaciones en su proceso patológico; de igual manera, el desconocimiento de los protocolos y normas de funcionamiento interno de los servicios genera en los profesionales mayor inseguridad y aumento del estrés. (SATSE, <http://www.lavozlibre.com/>, 2012). En este sentido, es preciso que los enfermeros y enfermeras definan una directriz para la descripción y monitorización de su práctica, reconociendo en los indicadores de calidad de enfermería una herramienta para la evaluación y mejora de la asistencia y llevando al mejor límite la calidad hospitalaria.

La gestión da cuenta del impacto y resultados del cuidado y monitorea la percepción del cuidado como elemento fundamental de la calidad del servicio. Por ello, el desarrollo de sistemas de información en enfermería facilita la evaluación de los procesos de cuidado mediante el análisis de los indicadores de gestión de calidad. Menos personal preparado en el área de calidad de cuidado, en las áreas de educación en salud, promoción de la salud, consejería, etc. asegura peores resultados en la salud de personas/grupos y poblaciones. (OPS, Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina, 2005)

Según una reunión de expertos de enfermería cuyas conclusiones se recogen en el documento Enfermería en la Región de las Américas (OPS/OMS 1999) “El reto inmediato para los países es hacer el mejor uso de los recursos limitados para proporcionar atención segura, mientras que a mediano y largo plazo es mejorar la calidad con una fuerza laboral de enfermería que esté mejor preparada”. Por otra parte, el documento Cooperación Técnica para el Desarrollo de Recursos Humanos de Enfermería en las Américas (OPS/OMS, 2003) indica que esta mejora deberá estar centrada en el impulso integral de la profesionalización de recursos humanos de enfermería en la Región. (OPS, Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina, 2005)

6.5. Medición del desempeño en la atención

Para mantener un mejoramiento continuo y una calidad de atención en la prestación del servicio se hace necesario contar con una herramienta que permita medir el

desempeño. Vienen siendo los indicadores el instrumento mediante el cual se obtiene la información con base en la cual se orientan políticas, planes y la toma de decisiones de la institución no solo a nivel Directivo sino de los servicios, áreas y a nivel individual. (Montoya, 2006).

La medición por indicadores permite evaluar y controlar de manera continua los procesos, resultados y el impacto, con lo cual se mantiene una visión general de la institución, lo planeado, programado y ejecutado, proyectar o y adoptar las medidas de control que garanticen el cumplimiento de las metas y objetivos, la eficiencia en términos de la mejor utilización de los recursos con la optimización de los procesos para que así los servicios de salud se brinden con calidad, ética y satisfacción del usuario. La actividad de seguimiento y control debe ser parte del día a día de todas las instancias en el que cada uno tiene la responsabilidad en la captura, procesamiento, análisis, uso y circulación de la información (HCO, 2006)

En la atención hospitalaria, los indicadores de calidad y eficiencia sirven de base para medir el desempeño de los servicios que brinda y facilitar las comparaciones en el espacio y en el tiempo. Sin embargo, el desarrollo de buenos indicadores no es una tarea fácil ni puede abordarse sin un conocimiento profundo de Medicina, unido al de otras disciplinas como la Administración de Salud, la Estadística y la Epidemiología. Los indicadores brindan de forma rápida, fácil y concisa información valiosa acerca de cómo se está desempeñando el hospital en cuestión y permiten comparaciones en tiempo y espacio que de otra forma serían imposibles de realizar. El uso de indicadores es y continuará siendo de utilidad para administradores de hospitales, autoridades sanitarias y para todos aquellos que de una forma u otra están vinculados con el perfeccionamiento del Sector de la Salud y con los hospitales en particular. (Gabriel, 2011)

Para el caso de este trabajo de investigación será de utilidad para evaluar si las estrategias implementadas hasta ahora para reducir y mantener dentro de los indicadores óptimos de ocurrencia de eventos, son los adecuados para la institución, o se requiere de nuevas estrategias o herramientas que permitan la contención de costos producto de la presentación de eventos atribuibles al cuidado, generados quizá, por las renuncias del personal de enfermería.

6.6. Seguridad Clínica

La seguridad, entendida como una asistencia sin riesgos de eventos no previstos, es considerada como una dimensión básica para que un servicio pueda alcanzar un nivel de calidad óptimo. La prevención de lesiones o de eventos adversos en el paciente como resultado de los procesos asistenciales es considerada como un componente indispensable e indiscutible para la calidad. (Luengas Amaya, 2007).

La seguridad del paciente es un problema grave de salud pública en todo el mundo. Se calcula que en los países desarrollados hasta uno de cada 10 pacientes sufre algún tipo de daño durante su estancia en el hospital. De cada 100 pacientes hospitalizados en un momento dado, siete en los países desarrollados y 10 en los países en desarrollo contraerán infecciones relacionadas con la atención de salud. Cientos de millones de pacientes se ven afectados por este problema cada año en todo el mundo. Actualmente se reconoce cada vez más que la seguridad del paciente y la calidad de la atención que se le presta son dimensiones fundamentales de la cobertura sanitaria universal. En la Asamblea Mundial de la Salud de 2002, los Estados Miembros de la OMS adoptaron una resolución sobre la seguridad del paciente. (OMS, 2008) Muchos factores inciden en la secuencia de un evento adverso. Por lo tanto, a efectos de evitarlos y de prevenir la presentación de los errores, es necesario explorar las causas por las cuales surgen los errores. El objetivo no es “corregirlos”, sino identificar las causas y bloquearlas, para evitar que se vuelva al error.

La mayor parte de las investigaciones sobre seguridad del paciente tienen como objetivo ayudar a los profesionales de la atención sanitaria y a las instancias normativas a entender las causas complejas de la falta de seguridad de la atención y encontrar respuestas prácticas para prevenir posibles daños a los pacientes. Así, las investigaciones sobre la seguridad del paciente aportan información y ofrecen instrumentos que permiten adoptar medidas encaminadas a conseguir que la atención al paciente sea más segura. 1. Determinar los daños; 2. Entender las causas; 3. Encontrar soluciones y 4. Evaluar el impacto. Así pues, se necesita un amplio abanico de investigación para mejorar la seguridad del paciente. También es necesario entender mejor la manera en que los resultados de las investigaciones se pueden aplicar en la

práctica, especialmente en los países en desarrollo y países con economías en transición, donde las investigaciones son escasas, la capacidad de investigación es limitada y la infraestructura y los recursos para la investigación suelen ser insuficientes. (OMS, Alianza mundial para la seguridad del paciente. la investigación en seguridad del paciente., 2008)

6.7. Clasificación Internacional de para la seguridad del paciente (WHO, 2009)

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente reunió un Grupo de Redacción para que llevara adelante un programa de trabajo consistente en definir los conceptos relativos a la seguridad del paciente, armonizarlos y agruparlos en una clasificación acordada internacionalmente que favorezca el aprendizaje y la mejora de la seguridad del paciente en diferentes sistemas. La finalidad de la CISP (Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente) es permitir la categorización de la información sobre seguridad del paciente por medio de conjuntos normalizados de conceptos con definiciones acordadas, términos preferidos y relaciones entre ellos basadas en una ontología de dominio explícita (por ejemplo, la seguridad del paciente). La CISP se ha ideado para ser una verdadera convergencia de las percepciones internacionales de las principales cuestiones relacionadas con la seguridad del paciente y para facilitar la descripción, la comparación, la medición, el seguimiento, el análisis y la interpretación de la información con miras a mejorar la atención al paciente.

Es importante señalar que la CISP aún no es una clasificación completa. Se trata de un marco conceptual para una clasificación internacional que aspira a ofrecer una comprensión razonable del mundo de la seguridad del paciente y unos conceptos conexos con los que las clasificaciones regionales y nacionales existentes puedan establecer correspondencias. El Grupo de Redacción ha elaborado el marco conceptual de la CISP, integrado por diez clases superiores:

1. Tipo de incidente
2. Resultados para el paciente
3. Características del paciente
4. Características del incidente

5. Factores/peligros contribuyentes
6. Resultados para la organización
7. Detección
8. Factores atenuantes
9. Medidas de mejora
10. Medidas adoptadas para reducir el riesgo

6.8. Terminología de Seguridad clínica (Saned, 2007)

Cuando se analizan las causas de las fallas sanitarias se tiene en cuenta los diferentes modelos que explican el error humano. Una reacción inmediata cuando ocurre un error es encontrar a alguien responsable y culpabilizarle. Incluso los más simples eventos o errores ocurren por la convergencia de múltiples factores contribuyentes. Se ha definido al paciente como la persona que recibe atención sanitaria, y a la atención sanitaria como los servicios que reciben las personas o las comunidades para promover, mantener, vigilar o restablecer la salud.

La Organización Mundial de la Salud define la salud como «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». La seguridad es la reducción del riesgo de daños innecesarios hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro. Un peligro es una circunstancia, un agente o una acción que puede causar daño. Una circunstancia es una situación o un factor que puede influir en un evento, un agente o una o varias personas. Un evento es algo que le ocurre a un paciente o que le atañe, y un agente es una sustancia, un objeto o un sistema que actúa para producir cambios. La seguridad del paciente es la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro. (WHO, 2009)

- **Accidente:** evento que produce perjuicios en un determinado sistema impidiendo los resultados deseados.
- **Error:** acción fallida que no se realiza tal como se planificó (error de ejecución). O la utilización de un plan equivocado para la consecución de un objetivo (error de planificación).
- **Evento adverso:** es una lesión o daño no intencional causado al paciente por la intervención asistencial, no por la patología de base. Una sucesión de errores puede provocar un evento adverso.
- **Evento adverso prevenible:** Es el evento adverso evitable se da en presencia de un error asociado. Es decir, es necesario establecer cuál fue el evento adverso: cuál fue el error y la relación causal entre uno y otro.
- **Evento adverso no evitable:** Lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial ejecutada sin error, no por la patología de base. Ocurre cuando, por ejemplo, se administra un medicamento o se aplica una tecnología en dosis y forma adecuada, para la patología adecuada.
- **Condiciones latentes:** Condiciones laborales presentes. Proviene de decisiones tomadas por la administración o gerencia, redactores de protocolos y la alta dirección (presión de tiempo, personal insuficiente, equipo inadecuado, fatiga del personal, inexperiencia, etc.).

De esta manera se puede concluir que la finalidad de la calidad no sólo se orienta al cumplimiento de estándares o indicadores los cuales dan respuesta solamente a metas institucionales o empresariales propuestas sino que lo esperado entonces, es que las intervenciones en servicios de enfermería deben generar un impacto positivo en el sujeto de cuidado orientando la gestión del cuidado de enfermería hacia el eje central (la persona cuidada), por lo tanto toda la organización del servicio debe ir en función de lograr la satisfacción de las necesidades y expectativas de este individuo, contemplándolo en todas sus dimensiones, con un enfoque más humanista comprendiéndolo dentro de un proceso de salud - enfermedad que lo

hace vulnerable y expectante a los cambios que puedan presentarse; estos elementos determinarían realmente la garantía de calidad de cuidado.

Se han desarrollado guías institucionales para encaminar las recomendaciones e incentivar, promover y gestionar la implementación de prácticas seguras de la atención en salud, incluye cuatro grupos que buscan:

- Obtener procesos institucionales seguros
- Obtener procesos asistenciales seguros
- Involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad
- Incentivar prácticas que mejoren la actuación de los profesionales. (Minsalud, <https://www.minsalud.gov.co>, 2008)

La Seguridad del Paciente es una prioridad de la atención en salud en nuestras instituciones, los incidentes y eventos adversos son la luz roja que alerta sobre la existencia de una atención insegura. Los eventos adversos se presentan en cualquier actividad y son un indicador fundamental de su calidad. En nuestro país existe una sólida decisión por parte del Gobierno, prestadores y aseguradores de desarrollar procesos que garanticen a los usuarios una atención segura en las instituciones de salud. (Minsocial, 2006)

El principal objetivo, es guiar a todas las instituciones cobijadas por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud para que implementen la política institucional de seguridad del paciente, aunque las recomendaciones de esta guía también pueden ser implementadas por las instituciones de salud que están exentas del SOGC en Colombia, así como cualquier otra institución en el mundo que la considere de utilidad para sus propios procesos de seguridad del paciente. Se deben identificar las situaciones y acciones que puedan llegar a afectar la seguridad del paciente durante la prestación del servicio y gestionarlas para obtener procesos de atención seguros. El programa de seguridad del paciente debe contemplar al menos los siguientes elementos: (CGH, 2010)

- Política institucional de Seguridad del Paciente.

- Promoción de la cultura de seguridad
- Sistema de reporte de eventos adversos y aprendizaje colectivo
- Análisis y gestión

6.9. Eventos de Seguridad Clínica (Eventos Adversos)

Los actuales sistemas de prestación de servicios de salud se caracterizan por la combinación de procesos, tecnologías e interacciones humanas, aportando beneficios importantes a la sociedad, aunque, también conlleva un riesgo inevitable de que ocurran sucesos adversos con diversos grados de consecuencias. La necesidad de mejorar la eficiencia y la efectividad en la práctica médica ha llevado a activar un movimiento por la mejora de la seguridad de las prestaciones sanitarias. (Butler M, 2011)

El estudio de los eventos adversos debidos a la asistencia sanitaria ha cobrado un notable auge en los últimos años, ya que son un problema frecuente, tanto por la complejidad cada vez mayor de la práctica clínica, como por el aumento en la expectativa de vida de los pacientes que son atendidos en los hospitales. Los eventos adversos tienen gran impacto en la salud de las personas, en los costos institucionales y en el ejercicio profesional, es por ello que es necesario conocer el comportamiento de éstos en las instituciones de salud y especialmente aquellos relacionados con el cuidado de enfermería.

Un estudio sobre la seguridad de los pacientes en hospitales de Latinoamérica (IBEAS), proyecto desarrollado en colaboración con la OMS y la OPS para identificar la prevalencia de efectos adversos relacionados con la asistencia hospitalaria en 5 países latinoamericanos para mejorar el conocimiento en relación con la seguridad del paciente, por medio de la aproximación a la magnitud, trascendencia e impacto de los efectos adversos (EA), y al análisis de las características de los pacientes y de la asistencia que se asocian a la aparición de EA evitables: Identificar áreas y problemas prioritarios de la seguridad del paciente para facilitar y dinamizar procesos de prevención para minimizar y mitigar los efectos adversos. Incrementar la masa crítica de profesionales involucrados en la seguridad del paciente. Incorporar a la agenda

de todos los países, en los diferentes niveles organizativos y asistenciales, objetivos y actividades encaminadas a la mejora de la seguridad del paciente. (OMS, 2010)

Otro estudio sobre prevalencia e incidencia de eventos adversos es el estudio AMBEAS, Primer estudio de prevalencia e incidencia de eventos adversos en servicios ambulatorios en 58 hospitales de 5 países América Latina (Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú) en el cual el 10,5% de los pacientes hospitalizados presentaron Eventos Adversos y de este porcentaje el 58,6% eran evitables. Los principales propósitos de este estudio fueron: Analizar la viabilidad de estudios con el paciente como fuente de información, Validar el protocolo, el procedimiento y las herramientas utilizadas, Conocer la calidad de la Historia Clínica como fuente de información, Estimar de la frecuencia de EA en los servicios de Atención Ambulatoria, Sensibilizar a los responsables de definir las políticas nacionales, decisores y profesionales de la salud e Identificar áreas prioritarias de intervención. (OMS, Alianza mundial para la seguridad del paciente. la investigacion en seguridad del paciente., 2008)

Las conclusiones principales estuvieron enfocadas a determinar que: Fue un estudio viable y reproducible a nivel local o nacional, el paciente es una buena fuente de información, se detectan la ocurrencia, naturaleza y grado de evitabilidad de los EA. Herramientas diseñadas útiles para recoger, identificar y analizar los incidentes en la seguridad del paciente. La historia clínica es el complemento necesario para el análisis y clasificación de los incidentes. Más de una tercera parte de los eventos adversos son evitables. Si consideramos sólo los de consecuencias graves, el 50% son evitables y los eventos relacionados con el cuidado fueron 13,16%. (Minsalud, 2014)

La institución debe tener claro que la finalidad del reporte de eventos adversos es generar insumos para el análisis y la gestión. El conocimiento de la frecuencia y el perfil, se desarrolla a través de estudios de incidencia o de prevalencia, para el caso de las instituciones latinoamericanas se recomienda la utilización de estudios de prevalencia en capa, basados en la metodología IBEAS. (CGH, 2010)

La institución debe monitorizar aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente. Siempre en cumplimiento del principio de eficiencia, de acuerdo con el perfil de la institución se recomienda la medición de indicadores: Según el Observatorio de Calidad de la Atención en Salud los de principal importancia debe estar enfocada en: Gestión de eventos adversos y reporte de eventos adversos. De acuerdo con los riesgos que se generen; Indicadores que evalúen impacto en los relacionados con el cuidado e incentivar Prácticas que mejoren la actuación de los profesionales. (Minsalud, 2014)

- Detección de riesgos del ambiente físico.
- Vigilancia de eventos adversos en prestador, asegurador, una red o en una región.
- Gestión en educación en prestador, asegurador.

Los Eventos adversos relacionados con el proceso de atención de enfermería que se tendrán en cuenta para esta investigación serán los siguientes:

- **Caídas:**

La Organización Mundial de la Salud, OMS, define a la caída como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo en contra de su voluntad. Las caídas de los pacientes son relativamente frecuentes en la mayoría de los hospitales del mundo, de modo que su cuantificación es uno de los indicadores que se utilizan para medir la calidad de los cuidados a los pacientes en las instituciones de salud. (OMS, 2012)

Las caídas generan un daño adicional para el paciente, pudiendo ocasionar lesiones serias, incapacidad y en algunos casos la muerte. Las caídas tienen diferentes repercusiones como lo son: aspectos físicos (complicaciones de su estado de salud, fracturas, daño en tejidos blandos, secuelas permanentes debido a la lesión presentada, etc.), psicológicos (temor y ansiedad ante las caídas) y sociales (familia excesivamente protectora); también repercuten en los costos de atención de las instituciones prestadoras y aseguradoras. (Minsalud, 2012)

Según informe de la OMS en el 2012, las caídas son la segunda causa accidental o no intencional en el mundo en la atención en salud, Se estima que 37,3 millones de caídas suceden cada año, de ellas 424.000 derivan en muerte. Esta situación pone en alerta al sistema de salud por cuanto quienes sufren las caídas requieren atención médica y dependencia a ésta por secuelas asociadas a la discapacidad. Mayores de 65 años y personas de países de ingresos medios y bajos son quienes tienen mayor riesgo de caída y muerte por esta causa. (Minsalud, 2012)

Las caídas son el incidente de seguridad más común en pacientes hospitalizados. Las caídas son el 32% de los reportes de incidentes relacionados con la seguridad del paciente. Las caídas son la primera causa de muerte relacionada con una lesión no intencional. El 20% de las personas mayores que sufren de fractura de cadera se mueren en un año (OMS, Alianza mundial para la seguridad del paciente. la investigación en seguridad del paciente., 2008) Por otra parte, el personal de enfermería y las familias de los pacientes tienen sentimientos de culpa y ansiedad, por lo tanto las caídas y sus consecuencias negativas representan un problema considerable en los hospitales y requieren de la implementación de una estrategia para prevenir este evento no deseado. (Coussement J., 2008)

- **Úlceras por Presión**

Las úlceras por presión (UPP) son lesiones de la piel, producidas secundariamente a un proceso de isquemia, que puede afectar y necrosar aquellas zonas de la epidermis, dermis, tejido subcutáneo y músculo donde se asientan, incluso pudiendo llegar a afectar articulación y hueso. Generalmente, estos son el resultado de la compresión del tejido blando entre una prominencia ósea y una superficie externa por un período prolongado de tiempo (Thomas, 2006)

Este evento adverso se presenta con alguna frecuencia en pacientes hospitalizados con estancias prolongadas o en pacientes con situaciones críticas que afecta su proceso de salud. La edad se considera como un factor de alto riesgo. Adicionalmente, se debe tener en cuenta que en esta población se generan una serie de comorbilidades que aumentan la

probabilidad de presentar un evento adverso tipo UPP durante la atención; dentro de ellas encontramos algunas, que para nuestro estudio se consideran variables relacionadas con la prevalencia de las úlceras, alguna modificables y otras no modificables (propias del paciente). Adicional a los factores que ya se mencionaron, existen algunas condiciones que contribuyen a la patogénesis de las úlceras por presión, con ello se permite identificar los pacientes con riesgo de presentar una úlcera por presión, y por esto las intervenciones deberán ir dirigidas a la prevención en pacientes específicos. (García, 2013)

- **Flebitis**

La terapia intravenosa es uno de los procedimientos que más se realizan en los pacientes hospitalizados, la que puede ocasionarles eventos adversos infecciosos y no infecciosos. Entre el 1% y el 10% de estos pacientes desarrollan infecciones locales o sistémicas relacionadas con uso de catéteres, causadas por alteración o ruptura de la integridad de la piel que permite el paso de micro organismos colonizadores (Ariane Ferreira, 2008)

La flebitis definida como la presencia de al menos 2 de los siguientes signos o síntomas al examen del sitio de inserción del catéter: enrojecimiento, hinchazón, cordón venoso palpable, sensibilidad o dolor (Bregenzer T, 1998)

La flebitis o inflamación de las venas, puede tener varias causas, incluyendo la irritación de las venas provocada por un cuerpo extraño o medicación irritante, la lesión de la pared vascular provocada por un catéter o una infección relacionada con la contaminación bacteriana de un sistema intravenoso. La flebitis mecánica, el tipo más común, puede ocurrir cuando hay un catéter de gran calibre insertado en una vena pequeña, por un traumatismo durante la inserción de un catéter o por el movimiento del catéter dentro de la vena por fijación inadecuada del mismo. La flebitis química puede estar provocada por los fármacos o los líquidos irritantes que son o demasiado ácidos o demasiado alcalinos (pH menor de 5 o mayor de 9), y por soluciones hipertónicas (con osmolaridad superior a 500 mOsm/l). También puede desarrollarse cuando la solución del preparado para la piel no se deja secar antes de la venopunción, arrastrándolo hacia el interior de la vena. (Rosenthal, 2012)

La flebitis bacteriana está provocada por la contaminación del sistema intravenoso durante la inserción o la manipulación del catéter, o puede deberse a una escasa antisepsia de la piel. Puede evolucionar hacia otras complicaciones serias, como la septicemia o la endocarditis. Y debido a que la flebitis implica tener lesionada la pared de la vena, el paciente también estará en riesgo de formación de trombos que puede derivar en una tromboflebitis, una trombosis venosa profunda o un embolismo pulmonar. (Chanovas Borrás M, 2007)

7. OBJETIVOS

Objetivo General

Explorar el posible efecto de la renuncia de los profesionales y auxiliares de enfermería en la presentación de eventos adversos en los servicios hospitalarios de adultos del Hospital Universitario San Ignacio entre 2013-2015.

Objetivos Específicos

- Caracterizar el personal de enfermería que presentó su renuncia en el Hospital Universitario San Ignacio entre 2013-2015.
- Describir las causas de renuncia de profesionales y auxiliares de enfermería en el Hospital Universitario San Ignacio entre 2013 – 2015.
- Describir los eventos adversos relacionados con el cuidado de enfermería en los servicios de hospitalización general de adultos en el Hospital Universitario San Ignacio entre 2013-2015.
- Explorar el posible efecto de la renuncia de los profesionales y auxiliares de enfermería en la presentación de eventos adversos en los servicios hospitalarios de adultos del Hospital Universitario San Ignacio entre 2013-2015.

8. PROPÓSITO

Se espera que este trabajo de grado le permita a la estudiante fortalecer sus capacidades gerenciales, particularmente en lo relacionado con la gestión del talento humano en un grupo tan importante para los servicios de salud como lo es el personal de enfermería.

Además, brindar herramientas al HUSI, para que identifique si los procesos de talento humano pudieran afectar directamente la calidad en la prestación de los servicios de salud y formular estrategias de mitigación de estos efectos.

En todo caso, este trabajo de grado responde a una necesidad sentida en los servicios de salud de cualquier institución, brindando herramientas a los tomadores de decisiones que les permita identificar la relación entre la prestación de los servicios y las dinámicas laborales de los trabajadores; especialmente, en un tema tan sensible como las renunciaciones.

Al revisar las causas de las renunciaciones y caracterizar al personal de enfermería se espera superar la mirada empírica y utilizar los datos para formular aportes al área de gestión humana que puedan redundar en una mejor gestión del talento; particularmente en la retención del personal y, por ende, impactar los indicadores de calidad del cuidado de enfermería.

9. METODOLOGÍA

9.1. Tipo de estudio

Estudio de caso con fines analíticos basado en fuentes secundarias.

El estudio de caso es una herramienta de investigación en el área de las ciencias sociales, así como en la administración. Sin embargo, debido a su utilidad, se ha expandido a otros campos como la economía o la mercadotecnia. El estudio de caso analiza temas actuales, fenómenos contemporáneos, que representan algún tipo de problemática de la vida real, en la cual el investigador no tiene control. Al utilizar este método, el investigador intenta responder el cómo y el por qué, utilizando múltiples fuentes y datos. Es una estrategia de investigación dirigida a comprender las dinámicas presentes en contextos singulares, la cual podría tratarse del estudio de un único caso o de varios casos, combinando distintos métodos para la recogida de evidencia cualitativa y/o cuantitativa con el fin de describir, verificar o generar teoría (Martínez Carazo, 2011).

Se considera que el trabajo tiene fines analíticos, en la medida que no le interesa solamente el reporte de los eventos adversos y de las renunciaciones; sino, establecer el efecto en la presentación de los primeros, derivados del comportamiento de las segundas. Se considera analítico todo estudio que evalúa una presunta relación causa-efecto. El presunto agente puede ser tanto un factor etiológico como un tratamiento o intervención para prevenir o mejorar una situación clínica. (invsalud, 2013)

9.2. Población de estudio

La totalidad de profesionales y auxiliares de enfermería que trabajaban en los servicios hospitalarios de adultos del HUSI y que presentaron su renuncia voluntaria entre el 1 de enero de 2013 y el 31 de diciembre de 2015.

Se analizarán los datos de eventos adversos y renunciaciones de profesionales y auxiliares de los siguientes servicios:

1. Urgencias
2. Unidad de Salud Mental USM
3. Neurociencias
4. Quirúrgicos
5. Medicina Interna
6. Hospitalización hematología
7. Hospitalización 6 piso varias especialidades
8. 9 piso servicios Especiales

La selección de los servicios de hospitalización se tuvo en cuenta por la complejidad de la atención y similar estancia hospitalaria, teniendo en cuenta que estos servicios son los que presentan un mayor número de camas y albergan mayor número de pacientes con respecto a las unidades ambulatorias.

Sin embargo, algunos de los servicios de hospitalización no se tuvieron en cuenta para la investigación por las características que describen los servicios, los pacientes, la transitoriedad de la estancia y complejidad tanto del proceso de atención como de los pacientes así como el riesgo presentado en los usuarios.

Uno de los servicios a excluir fue Hospitalización de Ginecología y salas de partos. Resulta llamativo comprobar la escasez de artículos que analizan específicamente los efectos adversos que afectan a la población ginecológica y obstétrica (Michel P Q. J., 2004).

En general, en la bibliografía se recoge fundamentalmente la incidencia de complicaciones en relación con las diferentes técnicas quirúrgicas. La morbilidad infecciosa es la complicación más frecuente tras la cirugía, pero eventos resultantes por la prestación de servicios de enfermería son muy poco frecuentes ya que es una población con poca o ninguna comorbilidad asociada, las estancias hospitalarias son muy cortas y los procedimientos invasivos

a los que se someten son muy básicos disminuyendo el riesgo y exposición a situaciones que generen la presentación de eventos. (Aranaz J. , 2004)

Otro servicio excluido del estudio fue la unidad de cuidados intensivos UCI. El ingreso a la UCI por sí misma es un factor predisponente para la aparición y ocurrencia de eventos adversos durante la atención teniendo en cuenta la complejidad de los pacientes, también debe entenderse que la presentación de eventos adversos está relacionada con un mayor número de procedimientos invasivos, cronicidad de los pacientes por estado de salud, diagnóstico asociación de comorbilidades y relación enfermera paciente. (Villarreal, 2007)

Así mismo, el servicio de hospitalización pediatría y la unidad de cuidado intensivo neonatal se excluyeron, los niños por ser un grupo de pacientes con diferentes características en cada etapa de su desarrollo, con diferentes necesidades como el entorno social, efectivo del niño y su percepción por el medio que lo rodeo, en la parte clínica los niños tienen enfermedades de infancia y quienes las manejan son profesionales capacitados y preparados para este tipo de pacientes, la administración de medicamentos las dosis varían de acuerdo a su edad y peso, las unidades son específicas para cada grupo de pacientes (Archive, 2007)

Por otra parte, salas de cirugía y recuperación postquirúrgica. Este servicio en particular según la literatura revisada presenta mayor índice de eventos relacionados con errores derivados de la intervención quirúrgica y eventos secundarios a la anestesia, también se presentan previos a la cirugía consecuencia de la inapropiada preparación pre quirúrgica. (minsalud, 2009).

Los eventos adversos relacionados con el proceso de atención de enfermería son escasos y así se comprobó en los datos aportados por la institución (HUSI) en sus informes de gestión clínica en lo que los datos no son de relevancia para el estudio.

El servicio de Urgencias se incluyó por el gran porcentaje de pacientes hospitalizados que alberga. Respecto a los servicios de Urgencias, hay pocas experiencias, si

bien diversos autores coinciden en que son servicios de alto riesgo potencial, sobre todo los hospitalarios (Chanovas Borrás M, 2007)

Urgencias es un servicio de características peculiares. En determinados aspectos se comporta como una Unidad de Críticos, en otras circunstancias se asemeja a Atención Primaria y, en muchos casos, como una planta de hospitalización. Las condiciones de trabajo (presión asistencial, fallos en coordinación, trabajo por turnos, guardias, interrupciones frecuentes, medicación) son las causas que más se han apuntado como riesgos que pueden ser los desencadenantes de los eventos adversos en estos servicios (Vitaller, 2005) y en el caso del HUSI se hace notorio ya que se comporta como un servicio de hospitalización en algunas de sus áreas con la complejidad de las urgencias y la presentación de eventos de seguridad frecuentes.

9.3. Criterios de inclusión

- Profesionales de enfermería que hayan estado trabajando en el HUSI durante el 1 de enero de 2013 y el 31 de diciembre de 2015 y que presentaron su renuncia en este periodo.
- Auxiliares de enfermería que hayan estado trabajando en el HUSI durante el 1 de enero de 2013 y el 31 de diciembre de 2015 y que presentaron su renuncia en este periodo.

9.4. Criterios de exclusión

- Profesionales y auxiliares de enfermería que hayan sido despedidos con o sin justa causa por el área de gestión humana como decisión unilateral en el periodo del estudio.
- Profesionales o auxiliares de enfermería que se hayan desvinculado de su contrato laboral por jubilación en el periodo del estudio.
- Profesionales o auxiliares de enfermería que se hayan ausentado por licencias de maternidad o incapacidades prolongadas en el periodo del estudio.

9.5. Fuentes de información

Para la recolección de los datos se usarán fuentes secundarias:

- Entrevistas de retiro: Formato interno de Gestión Humana que es diligenciado por todo el personal que egresa de la institución por cualquier causa, como requisito de paz y salvo. (Anexo 1)
- Hojas de vida del personal de enfermería en estudio: Provistas por Gestión Humana para tomar datos de relevancia para el estudio y completar los datos faltantes en las entrevistas de retiro.
- Base de datos de eventos de Seguridad Clínica: Información consignada en el sistema de información ALMERA de la oficina de Calidad del HUSI, alimentada por las bases de datos de los eventos adversos gestionados por la Dirección del Servicio de Enfermería y de los demás servicios ambulatorios.

9.6. Recolección de los datos

- **Caracterización del personal de enfermería y sus causales de retiro:** Información contenida en la oficina de gestión humana en la base de datos de las entrevistas de retiro, de éstas se tomarán las variables descritas en la tabla 1, para caracterizar el personal que se desvinculó de la institución entre enero de 2013 y diciembre de 2015 y sus causas de renuncia. Los datos de caracterización que no puedan recabarse de esta fuente, tratarán de rescatarse de las hojas de vida contenidas en el archivo de gestión humana. Las renunciaciones serán, posteriormente, agrupadas por semanas.
- **Eventos Adversos de Enfermería:** Se revisará la información de los informes de seguridad clínica provista por la Dirección del Servicio de Enfermería contenida en las bases de datos de eventos adversos de enfermería. Se tomará el total de eventos adversos reportados en los diferentes servicios de hospitalización de adultos relacionados con el cuidado directo de enfermería por periodos de tiempo. Los eventos a tener en cuenta son:

Caídas, Úlceras por Presión y Flebitis.

Finalmente se tomará toda la información contenida en las fuentes de información mencionadas y se realizará una base de datos agrupada en Microsoft Excel.

9.7. Operacionalización de variables

Las variables a consolidar en la base de datos en Excel y que serán utilizadas para la descripción del diagnóstico serán recabadas según el objetivo que responderán y la fuente de información de donde se obtendrán, Tabla 1.

Tabla 1. Operacionalización de variables.

Objetivo	Fuente	Nombre variable	Descripción variable	Nivel medición	de Categorías
Caracterizar el personal de enfermería que presentó su renuncia en el Hospital Universitario o San Ignacio entre 2013-2015	Formato entrevista de retiro para personal desvinculado entre enero de 2013 y diciembre de 2015 provista por Gestión humana	Número de identificación del enfermero(a)	Número de identificación personal (cédula)	Cualitativo-Ordinal	Números
		Sexo	Sexo reportado por la persona en el formulario de ingreso	Cualitativo-Nominal	F: Femenino M: Masculino
		Fecha de nacimiento	Fecha de nacimiento del personal de enfermería que ha renunciado	Cualitativo-Nominal	dd/mm/aaaa
		Fecha de ingreso a la institución	Fecha de ingreso al HUSI del personal de enfermería que ha renunciado	Cualitativo-Nominal	dd/mm/aaaa
		Fecha de retiro	Fecha de terminación del contrato laboral del personal de enfermería que ha renunciado con el HUSI	Cualitativo-Nominal	dd/mm/aaaa
		Cargo	Cargo que desempeñaba el personal de enfermería al momento de renuncia	Cualitativo-Ordinal	1. Auxiliar Enfermería 2. Enfermero (a) jefe

Objetivo	Fuente	Nombre variable	Descripción variable	Nivel medición	de	Categorías
		Servicio	Servicio hospitalario en el que desempeñaba su labor dentro del HUSI	Cualitativo-Nominal		1. Urgencias 2. Unidad de Salud Mental USM 3. Neurociencias 4. Quirúrgicos 5. Medicina Interna 6. Hospitalización hematología 7. Hospitalización 6 piso varias especialidades 8. 9 piso servicios Especiales
		Turno	Turno en el que laboraba el personal dentro del HUSI	Cualitativo-Ordinal		M: Mañana T: Tarde N:Noche
Identificar los eventos adversos relacionados con el cuidado de enfermería de los servicios hospitalarios de adultos en el Hospital Universitario San Ignacio entre 2013-2015.	Base de datos de eventos de seguridad clínica reportados entre enero de 2013 y diciembre de 2015 provista por la oficina de Calidad y de la Dirección del Servicio de Enfermería	Servicio	Servicio hospitalario en el que se reportó el evento adverso presentado	Cualitativo-Nominal		1. Urgencias 2. Unidad de Salud Mental USM 3. Neurociencias 4. Quirúrgicos 5. Medicina Interna 6. Hospitalización hematología 7. Hospitalización 6 piso varias especialidades 8. 9 piso servicios Especiales
		Evento Adverso: Caídas	Evento Adverso reportado relacionado con el cuidado de enfermería	Cuantitativo-Razón		Números

Objetivo	Fuente	Nombre variable	Descripción variable	Nivel medición	de	Categorías
		Evento Adverso: Úlceras por Presión	Evento Adverso reportado relacionado con el cuidado de enfermería	Cualitativo-Nominal		Números
		Evento Adverso: Flebitis	Evento Adverso reportado relacionado con el cuidado de enfermería	Cualitativo-Nominal		Números
		Fecha de reporte	Fecha en la que fue reportado el evento adverso durante el periodo de estudio	Cualitativo-Ordinal		Números
		Turno	Turno en el que se presentó el evento adverso.	Cualitativo-Ordinal		M: Mañana T: Tarde N: Noche
Describir las causas de renuncia de profesionales y auxiliares de enfermería en el Hospital Universitario San Ignacio entre 2013 – 2015.	Formato de Entrevista de retiro provista por Gestión Humana y diligenciado por el personal que se desvinculo voluntariamente entre enero de 2013 y diciembre de 2015	Personales	Motivos expresados por el personal que renuncia de la institución y se relacionan con todos los aspectos personales para la renuncia al cargo	Cualitativo-Nominal		Según respuesta del personal, se recodificaran una vez analizados.
		Profesionales	Motivos que se expresaron en el formato de entrevista de retiro y hacen referencia a cambio de actividad laboral a ejercer	Cualitativo-Ordinal		Según respuesta del personal, se recodificaran una vez analizados.
		Académicos	Motivos expresados por el personal que renuncia y están relacionados con inicio de actividad Académica.	Cualitativo-Nominal		1. Estudios Profesionales 2. Estudios de Posgrado
		Horario	Motivos relacionados con el horario en el que laboraba dentro del HUSI y el cual no era del agrado del trabajador	Cualitativo-Nominal		Según respuesta del personal, se recodificaran una vez analizados.
		Incompatibilidad con el jefe	Motivos que se hayan relacionado en entrevista de	Cualitativo-Nominal		Según respuesta del personal, se

Objetivo	Fuente	Nombre variable	Descripción variable	Nivel de medición	Categorías
			retiro y que tuvieron que ver con situaciones de incompatibilidad con el jefe		recodificaran una vez analizados.

9.8. Plan de Análisis

Para caracterizar el personal de enfermería que presentó su renuncia en el HUSI se crearán tablas de frecuencias con porcentajes para las variables cualitativas y promedios con sus desviaciones estándar para las cuantitativas, como en el caso de la edad.

Las fechas de ingreso y retiro se recalcularán para estimarlos en años o meses, según sea pertinentes. Las variables trazadoras serán el cargo del personal que renunció, el servicio y el turno donde trabajaba.

Para el segundo objetivo, se analizarán las causas de renuncia del personal de enfermería de acuerdo con lo contenido en la entrevista de retiro. Con base en lo reportado se procederá a una categorización de las respuestas o a su análisis cualitativo, generando códigos y categorías. En todo caso, el desarrollo de este análisis depende de lo que se encuentre en los formatos diligenciados. Lo encontrado se analizará en tablas de frecuencias por edad, sexo, cargo, antigüedad, turno y servicio.

Para el tercer objetivo, se analizarán la totalidad de eventos adversos relacionados con el cuidado de enfermería (flebitis, caídas y úlceras por presión) por servicio y semana. Se establecerán gráficos de líneas de tendencia según cantidad de eventos, cargo y turno para identificar el comportamiento de los eventos para cada servicio.

Las variables de procesamiento para cada evento adverso contenidas en las bases de datos provistas por la Dirección de Enfermería y que fueron de relevancia para su análisis y entendimiento del lector fueron:

Caídas.

- Fecha y hora de la caída: Fecha y hora de ocurrencia del evento (caída) y con la cual se realizó el respectivo reporte e informe de análisis en cada servicio para sus respectivos planes de mejora.

Úlceras por Presión:

- **Grado:** Tiene en cuenta su aspecto externo: **Estadio I:** eritema cutáneo que no palidece. En paciente de piel oscura observar edema, induración, decoloración, calor local. **Estadio II:** úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial. Pérdida de piel de espesor parcial que involucra la epidermis, dermis o ambas. **Estadio III:** pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo, pero no por la fascia subyacente. **Estadio IV:** pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructura de sostén. En este estadio, como en el III, pueden presentarse lesiones con caverna, tunelizaciones o trayectos sinuosos.

Para el cuarto objetivo del presente estudio, se cruzarán los eventos adversos de enfermería reportados por servicio con las renunciaciones presentadas en ese servicio. Se realizarán gráficos de líneas de tendencias que comparen el número de eventos adversos (según tipo) con la cantidad de renunciaciones por servicio en el mismo tiempo y se formularán posibles hipótesis de correlación.

9.9. Limitaciones

Debido a la naturaleza retrospectiva de las fuentes de información el trabajo presenta limitaciones en su capacidad analítica; esto es, para establecer las correlaciones propuestas. Sin embargo, los datos que se captarán permitirán un acercamiento a las manifestaciones en los servicios de las renunciaciones del personal de enfermería y esto es un avance importante en la comprensión de las causas, las tendencias y la relación.

Por la naturaleza de estos datos no se contaba con turno en el que el trabajador laboraba al momento de presentar su renuncia, para correlacionar con los datos de eventos adversos por turno. La investigadora recabo los datos con las coordinadoras de las unidades. De la misma forma algunos de los datos de las bases de eventos de seguridad clínica, todas no contaban con fecha de reporte o de ocurrencia del evento.

Dado que son diversas las razones por las cuáles los tres eventos adversos suceden (caídas, úlceras por presión y flebitis) para corregir este sesgo un segundo momento del trabajo necesitaría un análisis profundo de variables como la edad del paciente, diagnóstico, tratamientos y otras características que cambian las probabilidades de presentación de eventos adversos. Por ahora, considerando que la presentación de los eventos no se da necesariamente en un solo día, el análisis anual permitirá controlar este sesgo en el tiempo y mostrar los datos más condensados posibles.

Algunos de los datos proporcionados fueron insuficientes para establecer la correlación entre la ocurrencia de eventos y las renunciaciones del personal de enfermería; dado que, son muchos servicios, pocas renunciaciones y en algunos servicios muchos pacientes. Sobre la línea de tiempo no fue posible establecer esta relación por periodos de tiempo menor a un año.

La disponibilidad de la información tardo 7 meses por el proceso de autorización por parte de la oficina de investigaciones del HUSI. Sin este aval no fue posible acceder a las bases de datos necesarias para la recolección de datos del presente estudio.

9.10. Aspectos éticos

Para este trabajo de grado se tuvo como referencia la Resolución N° 008430 de 1993 (Ministerio de Salud, 1993) que reglamenta el acceso a la información de: entrevistas de retiro, hojas de vida del personal de enfermería tomadas como población de estudio y base de datos con eventos adversos relacionados con el cuidado de enfermería.

Considerando lo referido en esta resolución 8430 de 1993 en el **Título II: De la investigación en seres humanos. Capítulo 1:** De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos.

- Artículo 11. “Para efectos de este reglamento las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías: a) Investigación sin riesgo: Son estudios que **emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos** y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta”. Para el caso del presente estudio la población tiene una exposición nula a sufrir algún tipo de daño de tipo biológica, fisiológica, psicológica o social.

Para el desarrollo del presente trabajo no se requirió la aplicación de consentimiento informado ya que los datos se tomaron de fuentes secundarias. Se solicitará autorización para el acceso y uso de los datos ante el HUSI en su Comité de Investigación y Ética. En la publicación del trabajo de grado se mantendrá anonimizados los datos del Hospital y de todas las personas participantes (quienes renunciaron y en quienes se presentaron los eventos adversos).

Debido a que se realizará un análisis de los formatos de retiro está información se solicita anónima, puesto que no es necesario para este trabajo indagar sino las tendencias semanales de los retiros.

10. RESULTADOS

CARACTERIZACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA QUE RENUNCIO EN EL PERIODO 2013 -2015

Entre 2013 y 2015 renunciaron 146¹ personas del servicio de enfermería al Hospital Universitario San Ignacio. Se evidenciaron diferencias en la distribución por sexo de los(as) profesionales y auxiliares que presentaron su renuncia. Hubo más mujeres (116) con respecto a hombres (30). Para el sexo femenino 51,7% fueron auxiliares de enfermería y 48,3% profesionales. Para los hombres, la distribución de las renuncias fue del 50% en cada grupo (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución por cargo y sexo del personal de enfermería que presentó su renuncia en el HUSI. Enero 2013- Diciembre 2015.

Cargo / Sexo	F	%	M	%	Total	%
Auxiliar de enfermería	60	51,7	15	50	75	51,4
Enfermero (a)	56	48,3	15	50	71	48,6
Total	116	100	30	100	146	100

Fuente: cálculo hecho por la estudiante con base en los datos de Gestión Humana y el Servicio de Enfermería.

Al analizar la edad de la renuncia se identificó que los trabajadores entre 26 y 35 años representaron el 78% del total de renuncias. En los dos grupos extremos de edad se encontraron diferencias entre profesionales y auxiliares, éstas últimas, renuncian más que las profesionales cuando tienen entre 20 y 25 años. En tanto, los profesionales mayores de 45 años no presentaron retiros en los tres años de estudio (tabla 2).

¹ Se debe tener en cuenta que la cantidad de personas vinculadas en cada unidad anualmente es diferente, por ejemplo, el servicio de urgencias tiene mayor cantidad de personal auxiliar y profesional que el resto de servicios hospitalarios. De esta manera, es necesario considerar análisis ajustados de las renuncias por los denominadores de cada servicio. Se presentan los indicadores con porcentajes para garantizar comparabilidad, donde fue posible.

Tabla 2. Distribución por grupos de edad y cargo de las renunciaciones en el HUSI. Enero 2013-diciembre 2015.

Cargo	Auxiliar de Enfermería		Enfermero (a)		Total	
	Total	%	Total	%	Total	%
20-25	16	21,3	6	8,5	22	15,1
26-30	28	37,3	31	43,7	59	40,4
30-35	23	30,7	32	45,1	55	37,7
35-45	6	8,0	2	2,8	8	5,5
> mayores 45	2	2,7	0	0,0	2	1,4
Total	75	100	71	100	146	100

Fuente: cálculo hecho por la estudiante con base en los datos de Gestión Humana y el Servicio de Enfermería.

El tiempo promedio de vinculación laboral en el HUSI fue de 2,6 años en general; 3,3 años para los auxiliares de enfermería y de 2,0 años para los profesionales. Al hacer el análisis por unidad o servicio se identificó que los trabajadores que renunciaron estando vinculados al servicio de Psiquiatría y Salud mental duraron en promedio de 12,3 años en el hospital; seguido de aquellos quienes renunciaron estando en el quinto piso -Hospitalización de medicina interna- con un promedio de 4,2 años. Cabe resaltar que en la mayoría de los servicios el tiempo mínimo de vinculación fue de 1 día, desconociéndose las causas; en servicios como medicina interna una auxiliar duro 32 años vinculada (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución por tiempo de vinculación de auxiliares de enfermería y enfermeros (as) profesionales por servicios Hospitalarios que presentaron su renuncia en el HUSI durante 2013-2015.

Servicio	Tiempo de Vinculación en años		
	Promedio	Mínimo	Máximo
6. Piso hematología	1,9	0	3,8
Hospitalización cirugía	2,6	0	6,7
Hospitalización medicina interna	4,2	0	32,0
Hospitalización servicios especiales	3,9	0,1	8,4
Neurociencias	2,6	0	5,7
Servicio de psiquiatría y salud mental	12,3	5,5	19,1
Sexto piso varias especialidades	2,4	0	15,1
Unidad de urgencias	1,9	0	12,0
Promedio general	2,6	0	32,0

Fuente: cálculo hecho por la estudiante con base en los datos de Gestión humana y el servicio de enfermería.

En el análisis comparado entre profesionales y auxiliares no se evidenciaron mayores diferencias en ambos grupos. El mayor porcentaje que renunció fue el del turno de la noche (48,6%); seguido de la tarde con 30,8% y de la mañana con 20,5% (Tabla 4).

Tabla 4. Descripción porcentual de auxiliares y profesionales de Enfermería por turno que presentó su renuncia en 2013-2105

Cargo	Auxiliar de enfermería		Enfermero (a)		Total	
	Total	%	Total	%	Total	%
Mañana	15	20	15	21,1	30	20,5
Noche	33	44	38	53,5	71	48,6
Tarde	27	36	18	25,4	45	30,8
Total	75	100	71	100	146	100

Fuente: cálculo hecho por la estudiante con base en los datos de Gestión humana y el servicio de enfermería.

Los motivos de renuncia más comunes expresados en las entrevistas de retiro fueron: para auxiliares de enfermería: cambio de actividad (40%), otra oferta laboral (20%) y para los profesionales: otra oferta laboral (28%) y cambio de actividad (25%). Mientras el 60% del total de los(as) auxiliares renuncian por cambio de actividad y motivos personales, el 50% de los profesionales fue por otras ofertas laborales seguida del cambio de actividad (Tabla 5). Se

identificaron diferencias con respecto a los motivos de renuncia según el sexo del trabajador. En el caso de los auxiliares de enfermería, las mujeres renuncian más por cambio de actividad, seguidas por motivos personales; mientras que, los hombres renuncian por otra oferta laboral. Para los profesionales de ambos sexos, comparten una tendencia similar, renunciando por otra oferta laboral, seguida del cambio de actividad (datos no mostrados).

Al analizar los datos de renuncia del personal por servicios hospitalarios se observó que los porcentajes más representativos se mostraron en 2014 y 2015 para ambos cargos. Para 2014 el porcentaje más alto fue para los profesionales de enfermería (60%) del servicio de neurociencias. Sin embargo para 2015 se observó una frecuencia mayor en varios servicios. El más representativo fue de igual forma para el servicio de neurociencias con 67% para enfermeras (os), porcentajes siguientes estuvieron para profesionales y auxiliares de enfermería de los servicios de hospitalización de cirugía y de medicina interna que comparte porcentajes de 31%.

El servicio de urgencias muestra una tendencia similar en 2015 para ambos cargos con respecto al resto de los servicios; para auxiliares de enfermería (22%) y profesionales (28%) al igual que hospitalización varias especialidades y servicios especiales aunque con porcentajes menos representativos (Tabla 5).

Tabla 5. Distribución anual de las renunciaciones por cargo y servicios del HUSI en 2013-2015.
(Resultados en porcentajes no en valores absolutos)

SERVICIO	Cargo	2013	2014	2015
1. Urgencias	Auxiliares de enfermería	11,1	12	22,02
	Enfermeras(os)	5,2	9,4	28,17
2 Salud Mental	Auxiliares de enfermería	0,0	14,3	14,29
	Enfermeras(os)	0,0	0	0,00
3 Neurociencias	Auxiliares de enfermería	0,0	0	0,00
	Enfermeras(os)	0,0	60	66,67
4 Hospitalización Quirúrgica	Auxiliares de enfermería	18,5	7,4	3,70
	Enfermeras(os)	15,4	15,4	30,77
5 Medicina Interna	Auxiliares de enfermería	7,7	3,8	30,77
	Enfermeras(os)	0,0	23,1	23,08
6 Varias Especialidades	Auxiliares de enfermería	12,5	6,3	25,00
	Enfermeras(os)	12,5	25	25,00
6 piso hematología	Auxiliares de enfermería	0,0	0	0,00
	Enfermeras(os)	0,0	0	25,00
9. Hospitalización servicios especiales	Auxiliares de enfermería	8,0	12,5	14,29
	Enfermeras(os)	13,3	6,7	15,38

Fuente: cálculo hecho por la estudiante con base en los datos de Gestión humana y el servicio de enfermería

Tabla 6. Distribución del personal de enfermería que presentó su renuncia en el HUSI relacionado con los motivos de renuncia en 2013- 2015.

Motivos de Renuncia/ Cargo	Auxiliar de enfermería		Enfermero (a)		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
Cambio de actividad	30	40,0	18	25,4	48	32,9
Estudios	4	5,3	4	5,6	8	5,5
Horario	0	0,0	1	1,4	1	0,7
Incompatibilidad con jefe	3	4,0	2	2,8	5	3,4
No indica motivo	11	14,7	14	19,7	25	17,1
Otra oferta laboral	12	16,0	20	28,2	32	21,9
Personales	15	20,0	12	16,9	27	18,5
Total general	75	100	71	100,0	146	100,0

Fuente: cálculo hecho con base en los datos de Gestión humana y el servicio de enfermería.

Para describir la frecuencia de renunciaciones por año y servicios hospitalarios se buscaron diferencias en los motivos para el periodo. Para el 2013 el mayor número de renunciaciones estuvo motivado por otra oferta laboral; mientras que, para 2014 y 2015 predominó el cambio de actividad por parte del personal; menos frecuentes fueron los motivos personales o no indicar el motivo (datos no mostrados).

Por servicio, se observó una frecuencia similar de renunciaciones en 2013 y 2014; para 2015 las renunciaciones ascendieron a más del doble (78 personas). Es importante evaluar esta tendencia pues evidencia un asunto importante en la institución del cual se desconocen sus causas. Por ahora se puede decir que el mayor número de renunciaciones se presentó en la unidad de urgencias con más del 50% del total del periodo, entre las unidades de hospitalización de cirugía y de medicina interna aportaron otro 23% de las renunciaciones (Tabla 7).

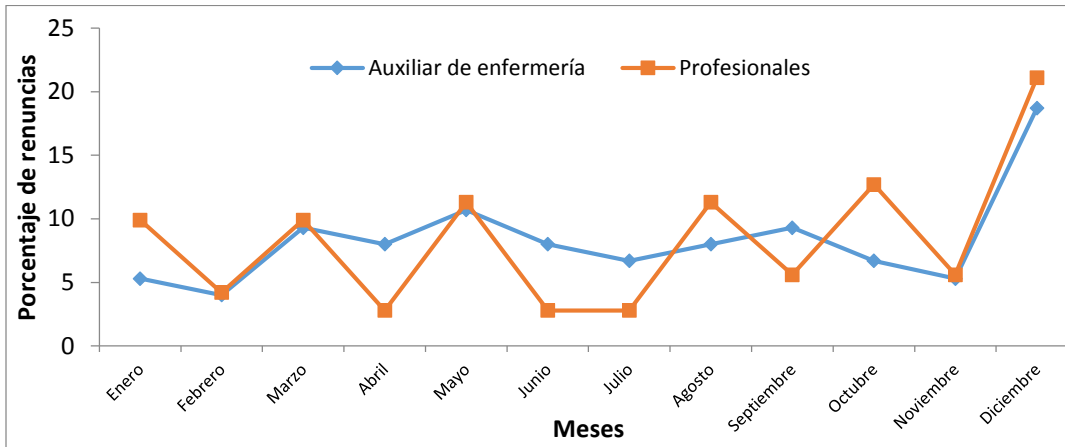
Tabla 7. Distribución del personal de enfermería que presentó su renuncia en el HUSI por servicios hospitalarios en 2013- 2015.

Servicio/año	2013	%	2014	%	2015	%	Total	%
Unidad de urgencias	15	40,5	17	45,9	44	56,4	76	52,1
6. Piso hematología	0	0,0	0	0,0	2	2,6	2	1,4
Hospitalización cirugía	5	13,5	4	10,8	5	6,4	16	11,0
Hospitalización medicina interna	2	5,4	5	13,5	11	14,1	18	12,3
Hospitalización servicios especiales	4	10,8	4	10,8	5	6,4	13	8,9
Neurociencias	0	0,0	3	8,1	4	5,1	7	4,8
Servicio de psiquiatría y salud mental	8	21,6	1	2,7	1	1,3	2	1,4
Sexto piso varias especialidades	3	8,1	3	8,1	6	7,7	12	8,2
Total	37	100,0	37	100,0	78	100,0	146	100,0

Fuente: cálculo hecho por la estudiante con base en los datos de Gestión humana y el servicio de enfermería.

Se encontraron similitudes entre ambos grupos de trabajadores según mes de renuncia. La mayor tendencia para auxiliares se registró en los meses de diciembre (18,7%), mayo (10,7%), marzo y septiembre con (9,3%) respectivamente. Por su parte, los profesionales renunciaron más en diciembre (21,1%), octubre (12,7%), agosto y mayo (11,3%). Los meses donde menos renunciaciones se presentaron fueron febrero y julio. Diciembre es el mes con mayor rotación, con alrededor del 20% de las renunciaciones de todo el año (Gráfica 1).

Gráfica 1. Distribución mensual del personal de enfermería que renunció en el HUSI en 2013-2015.



Fuente: cálculo hecho por la estudiante con base en los datos de Gestión humana y el servicio de enfermería.

CARACTERIZACION DE EVENTOS ADVERSOS DE ENFERMERIA EN EL PERIODO 2013 – 2105.

Para caracterizar la presentación de Eventos Adversos en el periodo, se inicia con el reporte de las caídas de los pacientes atribuibles al cuidado del personal de enfermería.

Se evidenciaron diferencias en la distribución mensual de las caídas en el periodo, aunque con similitudes en el total de cada año. En el 2013 predominaron enero (18,3%) y mayo (11,5%). En 2014 los picos más altos fueron mayo (10,4%) noviembre (11,9%) y diciembre (10,4%). Agosto (13,3%), marzo (11,3%) y julio (11,3%) para el 2015 (Tabla 8).

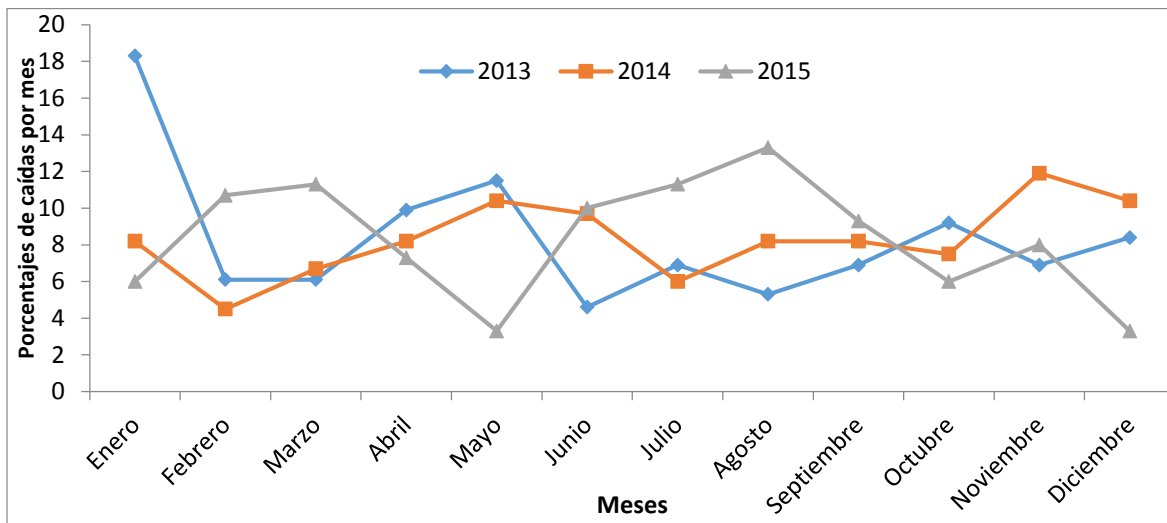
Tabla 8. Distribución de caídas por año y mes en el HUSI en 2013- 2015.

Año	2013		2014		2015		Total	
	Núm	%	Núm	%	Núm	%	Núm	%
Enero	24	18,3	11	8,2	9	6,0	44	10,6
Febrero	8	6,1	6	4,5	16	10,7	30	7,2
Marzo	8	6,1	9	6,7	17	11,3	34	8,2
Abril	13	9,9	11	8,2	11	7,3	35	8,4
Mayo	15	11,5	14	10,4	5	3,3	34	8,2
Junio	6	4,6	13	9,7	15	10,0	34	8,2
Julio	9	6,9	8	6,0	17	11,3	34	8,2
Agosto	7	5,3	11	8,2	20	13,3	38	9,2
Septiembre	9	6,9	11	8,2	14	9,3	34	8,2
Octubre	12	9,2	10	7,5	9	6,0	31	7,5
Noviembre	9	6,9	16	11,9	12	8,0	37	8,9
Diciembre	11	8,4	14	10,4	5	3,3	30	7,2
Total	131	100,0	134	100,0	150	100,0	415	100,0

Fuente: cálculo hecho por la estudiante con base en los datos de la Oficina de Calidad y el servicio de enfermería.

Llama la atención que al iniciar el periodo (enero de 2013) se observaron el mayor número de caídas de la serie (18,3%); presentando, asimismo, el menor valor en la última observación del periodo (diciembre de 2015) con un 3,3%. Al analizar las series comparadas no se identificaron tendencias estables al crecimiento, decrecimiento o estabilización en ninguno de los tres periodos; por el contrario, las series evidenciaron comportamiento errático (Gráfica 2).

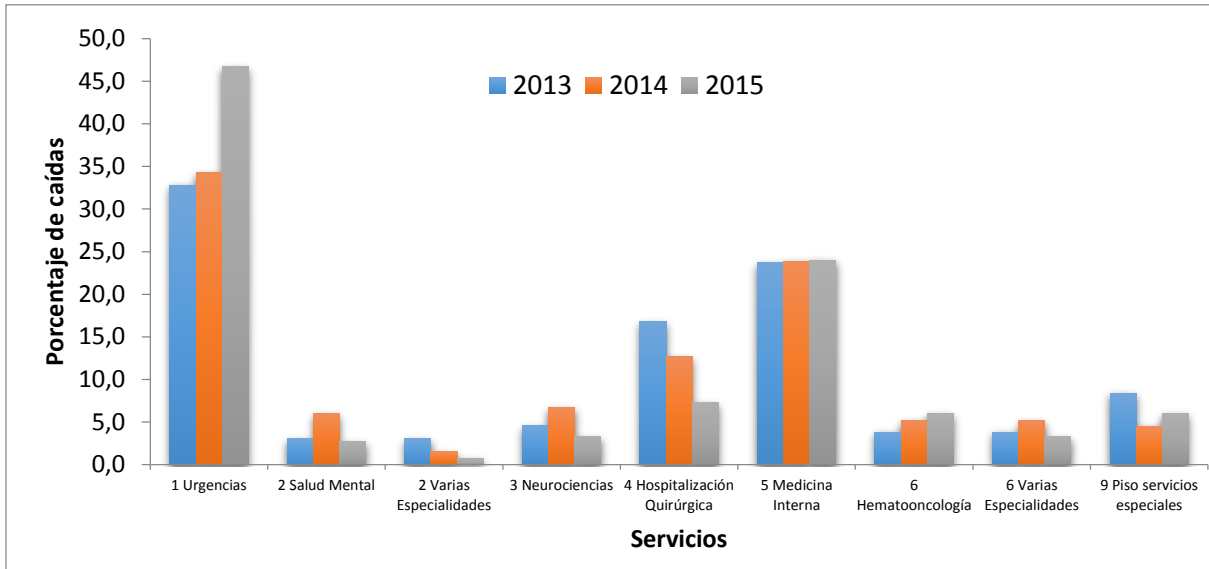
Gráfica 2. Distribución mensual de caídas en el HUSI en 2013- 2015.



Fuente: cálculo hecho con base en los datos de la Oficina de Calidad y el servicio de enfermería.

La distribución de caídas presentó diferencias por servicios. La unidad de urgencias representó el mayor porcentaje de caídas en los tres años de estudio, con un 38% de todas las caídas. Otros servicios de relevancia fueron medicina interna con 24% y hospitalización quirúrgica con 12%, los demás servicios suman alrededor del 26% del total de las caídas del periodo. En general, los servicios no presentaron una tendencia estable, excepto medicina interna quedándose con el 24% de todas las caídas. Tampoco se evidencia disminución conservada en las caídas más allá de hospitalización quirúrgica que redujo en casa en 10% y varias especializadas en un 2,5%. Preocupa el aumento de un 14% en la representación total de las caídas en el servicio de Urgencias, pasando de 43 a 70 pacientes que se cayeron (Gráfica 3).

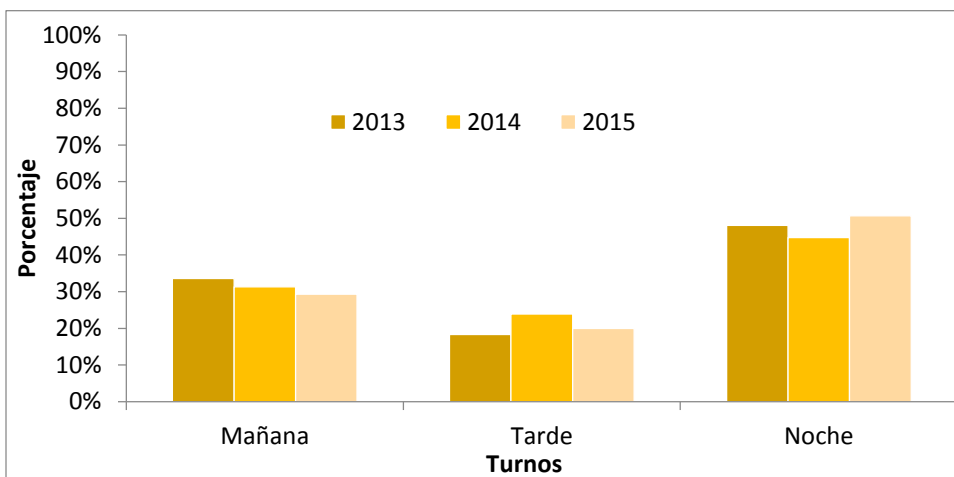
Gráfica 3. Distribución porcentual de caídas por servicios hospitalarios del HUSI en 2013-2015.



Fuente: cálculo hecho con base en los datos de la oficina de Calidad y el servicio de enfermería.

En la distribución de caídas comparadas por año se encontraron tendencias poco variables para cada turno. La mayoría de caídas (alrededor del 50%) se presentaron en la noche. Parece que las caídas que se presentan en la mañana han venido disminuyendo (Gráfica 4).

Gráfica 4. Distribución de caídas por turnos del HUSI en 2013-2015



Fuente: cálculo hecho por la estudiante con base en los datos de la oficina de Calidad y el servicio de enfermería.

Al hacer el análisis específico de las caídas en cada servicio se inicia con el servicio Urgencias. Allí se presenta la mayor ocurrencia del total de caídas de los servicios del HUSI. El mayor número de caídas fue en el turno de la noche por mes en 2013 (44%), 2014 (46%) y 2015 (54%) (Tabla 13).

Tabla 13. Distribución de caídas por turno en el servicio de urgencias del HUSI en 2013-2015.

Servicio - 1 Urgencias								
Año	2013		2014		2015		Total	
Turno	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Total mañana	13	30,2	12	26,0	21	30	46	28,9
Total tarde	11	25,5	13	28,2	11	15,7	35	22
Total noche	19	44,1	21	45,6	38	54,2	78	49
Total	43	100	46	100	70	100	159	100

Fuente: cálculo hecho por la estudiante con base en los datos de la oficina de Calidad y el servicio de enfermería.

La unidad de salud mental reportó pocas caídas en comparación con otros servicios. Igual que en el anterior, hay más caídas en la noche. En 2014 hubo 8 caídas comparado con 2013 y 2015 donde solo se registraron 4 caídas para todo el año. (Tabla 9).

Tabla 9. Distribución de caídas por turno en el servicio de salud mental del HUSI en 2013-2015.

Servicio – 2 Unidad de salud mental								
Año	2013		2014		2015		Total	
Mes	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Total mañana	2	50	1	12,5	0	0	3	18,7
Total tarde	0	0	0	0	1	25	1	6,2
Total noche	2	50	7	87,5	3	75	12	75
Total	4	100	8	100	4	100	16	100

Fuente: cálculo hecho por la estudiante con base en los datos de la oficina de Calidad y el servicio de enfermería.

La ocurrencia de caídas en el 2 piso de varias especialidades presenta pocos casos para los tres años de observación. Para el 2013 solo fueron reportadas 4 caídas para el

turno de la mañana (50%) y noche (50%), 2014 registra 2 caídas y 2015 ocurrió una caída (datos no mostrados).

Para el servicio de neurociencias ubicado en el tercer piso, se encontraron diferencias por turno en el periodo. Sin embargo, aunque predominó para la noche (45%). En 2013 el mayor porcentaje se presentó en la noche (67%); mientras que, para el 2014 la mayoría de caídas fueron en el turno de la mañana (55%) y en el 2015 el turno de la tarde y de la noche suman (80%) del total de caídas ocurridas en el año (Tabla 10).

Tabla 10. Distribución de caídas por turno en el servicio neurociencias del HUSI en 2013-2015.

Servicio- 3 Neurociencias								
Año	2013		2014		2015		Total	
Mes	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Total mañana	1	16,6	5	55,5	1	20	7	35
Total tarde	1	16,6	1	11,1	2	40	4	20
Total noche	4	66,6	3	33,3	2	40	9	45
Total	6	100	9	100	5	100	20	100

Fuente: cálculo hecho por la estudiante con base en los datos de la oficina de Calidad y el servicio de enfermería.

Para el servicio de hospitalización de cirugía ubicado en el cuarto piso se encontraron porcentajes elevados de caídas. La frecuencia de las éstas el 2013 fueron para la mañana (54,5%), 2014 en la noche (59%) de igual forma para el 2015 (45,5%) en el turno de la noche. (Tabla 11).

Tabla 11. Distribución de caídas por turno en el 4 Hospitalización Quirúrgica del HUSI en 2013-2015.

4 Hospitalización Quirúrgica								
Año	2013		2014		2015		Total	
Mes	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Total mañana	12	54,5	3	17,6	4	36,3	7	35
Total tarde	1	4,5	4	23,5	2	18,1	4	20
Total noche	9	40,9	10	58,8	5	45,4	9	45
Total	22	100	17	100	11	100	20	100

Fuente: cálculo hecho por la estudiante con base en los datos de la oficina de Calidad y el servicio de enfermería.

Para el servicio de medicina interna ubicado en el 5 piso al hacer el análisis se encontró que el mayor número de caídas fue en el turno de la noche por mes en 2013 (54,8%) y 2015 (58.3%); Para 2014, la mayor ocurrencia fue en la mañana con 43,7% (Tabla 12).

Tabla 12. Distribución de caídas por turno en el 5 piso hospitalización de medicina interna del HUSI en 2013-2015.

5 Medicina Interna								
Año	2013		2014		2015		Total	
Mes	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Total mañana	8	25,8	14	43,7	11	31	33	33,3
Total tarde	6	19,3	11	34,3	10	27,7	27	27,2
Total noche	17	54,8	7	21,8	21	58,3	60	60,6
Total	31	100	32	100	36	100	99	100

Fuente: cálculo hecho por la estudiante con base en los datos de la oficina de Calidad y el servicio de enfermería.

La unidad de sexto piso hematología muestra baja frecuencia de caídas. El mayor porcentaje de estos eventos fue en la mañana y noche sumando el 80% en el 2013; Para el 2014 predominaron las caídas en la noche (56%); mientras que, para el 2015 la mayor

ocurrencia fue para la mañana (56%); sin embargo, para el total del periodo el predominio de caídas sigue siendo la noche con 48% (Tabla 13).

Tabla 13. Distribución de caídas por turno en el 6 piso hospitalización hematooncolgía del HUSI en 2013-2015.

6 Hematooncolgía								
Año	2013		2014		2015		Total	
Mes	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Total mañana	2	40	1	14,2	5	56	8	38,1
Total tarde	1	20	2	28,5	0	0	3	14,2
Total noche	2	40	4	57,1	4	44,4	10	47,6
Total	5	100	7	100	9	100	21	100

Fuente: cálculo hecho por la estudiante con base en los datos de la oficina de calidad y el servicio de enfermería.

En la unidad de servicios especiales ubicada en el noveno piso, la frecuencia de las caídas fue de mayor predominio en el turno de la noche para los tres años de estudio, para el 2013 fue (55%); mientras que, para el 2014 y 2015 el porcentaje fue igual para ambos periodos fue de 67% (Tabla 14).

Tabla 14. Distribución de caídas por turno en el 9 piso servicios especiales del HUSI en 2013-2015.

9 Piso servicios especiales								
Año	2013		2014		2015		Total	
Mes	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Total mañana	2	18,1	2	33,3	1	11	5	19,2
Total tarde	3	27,2	0	0	2	22,2	5	19,2
Total noche	6	54,5	4	66,6	6	66,6	16	61,5
Total	11	100	6	100	9	100	26	100

Fuente: cálculo hecho por la estudiante con base en los datos de Calidad y el servicio de enfermería.

FLEBITIS

Se encontraron diferencias en la distribución de flebitis por mes para los tres años de estudio. En el 2013 el mayor porcentaje de flebitis fue en junio (20%) y octubre (15%); con respecto a 2014, los porcentajes de mayor ocurrencia fueron en octubre (25%), agosto (17%). Para 2015 septiembre (16%), enero (15%) y agosto (13%). En los tres años de observación el mayor porcentaje estuvo en enero (15%), (27%) sumaron los meses de agosto y octubre (Tabla 15).

Tabla 15. Distribución de flebitis por año y mes en el HUSI en 2013- 2015.

Año	2013		2014		2015		Total	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Enero	0	0	0	0	3	15	3	15
Febrero	1	5	3	12,5	3	9,6	7	9,3
Marzo	2	10	2	8,3	2	6,4	6	8
Abril	1	5	2	8,3	3	9,6	6	8
Mayo	1	5	1	4,1	2	6,4	4	5,3
Junio	4	20	1	4,1	1	3,2	6	8
Agosto	2	10	4	16,6	4	12,9	10	13,3
Septiembre	1	5	2	8,3	5	16,1	8	10,6
Octubre	3	15	6	25	1	3,2	10	13,3
Noviembre	2	10	3	12,5	3	9,6	8	10,6
Diciembre	1	5	0	0	3	9,6	4	5,3
Julio	2	10	0	0	1	3,2	3	4
Total	20	100	24	100	31	100	75	100

Fuente: cálculo hecho por la estudiante con base en los datos de la oficina de Calidad y el servicio de enfermería.

La distribución de flebitis presentó diferencias por servicios. La unidad de urgencias representó el mayor porcentaje de flebitis en los tres años de estudio, representando el 40% de todas las flebitis. Otros servicios de relevancia fueron medicina interna con 32% y hospitalización 6 piso varias especialidades 11,1%. En general, los servicios no presentaron una tendencia estable, tampoco se evidencia disminución conservada en las flebitis más allá de hospitalización 6 piso varias especialidades que redujo en casi 19% y medicina interna en 13%. Es importante resaltar el aumento de un 11% en la representación total de las flebitis en el servicio de Urgencias, pasando de 4 a 11 pacientes (Tabla 16).

Tabla 16. Distribución porcentual de flebitis por servicios hospitalarios del HUSI en 2013-2015.

Año	2013		2014		2015		Total	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
1 urgencias	4	26,6	10	52,6	11	37,9	25	39,6
2 salud mental	1	6,6	0	0	0	0	1	1,5
5 medicina interna	6	40	6	31,5	8	27,5	20	31,7
6 piso Hematooncología	0	0	2	10,5	4	13,7	6	9,5
6 Varias especialidades	4	26,6	1	5,2	2	6,9	7	11,1
Neurociencias	0	0	0	0	4	13,7	4	6,3
Total	15	100	19	100	29	100	63	100

Fuente: cálculo hecho por la estudiante con base en los datos de la oficina de Calidad y el servicio de enfermería.

Al hacer el análisis específico de las flebitis en cada servicio se inicia con el servicio Urgencias, allí se presentó la mayor ocurrencia del total de flebitis de los servicios del HUSI. En 2013 y 2014 el mayor porcentaje estuvo representado en la noche (50%) en ambos periodos; mientras que, para 2015 las flebitis tuvieron mayor ocurrencia en la tarde (64%) (Tabla 17).

Tabla 17. Distribución de flebitis por turno en el servicio de urgencias del HUSI en 2013-2015.

1. Urgencias								
Año	2013		2014		2015		Total	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Total mañana	1	25	2	20	4	36,3	7	28
Total tarde	1	25	3	30	7	63,6	11	44
Total noche	2	50	5	50	0	0	7	28
Total	4	100	10	100	11	100	25	100

Fuente: cálculo hecho por la estudiante con base en los datos de la oficina de Calidad y el servicio de enfermería.

La unidad de salud mental solo mostró una flebitis para el 2013 en el mes de junio en el turno de la noche durante los tres años de observación (No se muestran datos).

El servicio de Neurociencias reportó pocos casos de flebitis. Solo hubo 4 casos en los tres años de estudio, los cuales se presentaron en el 2015. 2 casos (50%) en la mañana, 1 caso (25%) en el turno de la mañana y 1 caso (25%) en el turno noche (No se muestran datos).

Para el servicio de hospitalización de cirugía se reportaron pocos casos de flebitis. La frecuencia de éstos eventos en 2013 y 2014 fueron de mayor porcentaje en la mañana (66,7%) y en 2015 el 100% de los casos se reportaron también en la mañana (Tabla 17).

Tabla 17. Distribución de flebitis por turno en el 4° Hospitalización Quirúrgica del HUSI en 2013-2015.

4. piso hospitalización cx								
Año	2013		2014		2015		Total	
Turno	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Total mañana	2	66,7	2	66,7	2	100	6	75
Total tarde	1	33,3	0	0	0	0	1	12,5
Total noche	0	0	1	33,3	0	0	1	12,5
Total	3	100	3	100	2	100	8	100

Fuente: cálculo hecho por la estudiante con base en los datos de la oficina de Calidad y el servicio de enfermería.

En la unidad de medicina interna no se reportaron muchos casos de flebitis con respecto al resto de servicios hospitalarios. En los tres años de observación presenta una tendencia similar por año para estos eventos. Para los tres periodos de observación el mayor porcentaje fue para la noche con 65% del total de las flebitis por año (Tabla 18).

Tabla 18. Distribución de flebitis por turno en el 5° piso hospitalización de medicina interna del HUSI en 2013-2015.

5 Medicina Interna								
Año	2013		2014		2015		Total	
Turno	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Total mañana	1	16,7	2	33,3	1	13	4	20
Total tarde	1	16,7	0	0	2	25	3	15
Total noche	4	66,7	4	66,7	5	62,5	13	65
Total	6	100	6	100	8	100	20	100

Fuente: cálculo hecho por la estudiante con base en los datos de la oficina de Calidad y el servicio de enfermería.

En la unidad de sexto piso hematooncología también se reportó una ocurrencia de flebitis baja. La frecuencia de estos eventos en el servicio es de mayor relevancia en la noche, (67%) en el 2014 y 2015; mientras que, para el 2013 no se reportó ningún caso (No se muestran datos).

En el caso de hospitalización sexto piso varias especialidades al realizar el análisis se reportó la mayor frecuencia de flebitis para los tres años, fue similar para los turnos de la tarde y la noche. En el 2013 y 2015 el porcentaje estuvo dividido en 50% para estos turnos; mientras que para el 2014 el 100% de los casos ocurrieron en el turno de la noche (Tabla 19).

Tabla 19 . Distribución de flebitis por turno en el 6 piso hospitalización varias especialidades del HUSI en 2013-2015.

6 piso varias especialidades								
Año	2013		2014		2015		Total	
Turno	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Total tarde	2	50	0	0	1	50	3	42,9
Total noche	2	50	1	100	1	50	4	57,1
Total	4	100	1	100	2	100	7	100

Fuente: cálculo hecho por la estudiante con base en los datos de la oficina de Calidad y el servicio de enfermería.

La unidad de servicios especiales solo reportó para el 2013 (2 casos), los cuales 1 fue para el turno de la tarde y el restante para la noche; Para el 2014, el 100% de los casos se presentaron en el turno de la noche. No hubo datos de flebitis en el 2015 (No se muestran datos).

ULCERAS POR PRESION

Se encontraron diferencias en la distribución de úlceras por presión para los tres años de estudio en cada mes. En el 2015 se observó menor número de estos eventos respecto a 2013 y 2014. Se muestra un mayor porcentaje de estos eventos en los meses de mayo (10,5%), enero y octubre suman (20%) y junio (9%).

Para 2013 los meses de predominio para úlceras por presión fueron agosto (12%), enero (11%) mayo y junio comparte un porcentaje de 10%; Mientras que, para el 2014 los meses julio, septiembre y octubre suman el 40% de los casos.

Con respecto a 2015, los porcentajes de mayor ocurrencia estuvieron en los meses de mayo (13%), enero (12%) y junio (10%) (Tabla 20).

Tabla 20. Distribución de úlceras por presión mensual en el HUSI en 2013- 2015.

Año	2013		2014		2015		Total	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Enero	19	10,7	11	6,2	19	12,2	49	9,9
Febrero	16	9,0	2	1,2	8	5,1	26	5,2
Marzo	13	7,3	13	8,0	13	8,3	39	7,9
Abril	15	8,4	12	7,4	12	7,7	39	7,9
Mayo	18	10,1	14	8,6	20	12,8	52	10,5
Junio	18	10,1	11	6,8	15	9,6	44	8,9
Julio	10	5,6	22	13,6	11	7,1	43	8,7
Agosto	21	11,8	14	8,6	7	4,5	42	8,5
Septiembre	11	6,2	20	12,3	12	7,7	43	8,7
Octubre	16	9,0	19	11,7	14	9,0	49	9,9
Noviembre	8	4,5	12	7,4	11	7,1	31	6,3
Diciembre	13	7,3	12	7,4	14	9,0	39	7,9
Total	178	100	162	100	156	100	496	100

Fuente: cálculo hecho por la estudiante con base en los datos de la oficina de Calidad y el servicio de enfermería.

La distribución de úlceras por presión presentó una disminución de los casos desde el año 2013 hasta el 2015. Urgencias representó el mayor número y porcentaje de estos eventos en los tres años de estudio, representando el 32% de todas las úlceras por presión presentadas. Otros servicios de relevancia son hospitalización de medicina interna con 30% y 4° piso hospitalización de cirugía con 20%, los demás servicios suman el 40% restante. (Tabla 21).

Tabla 21. Distribución de úlceras por presión en los servicios hospitalarios del HUSI en 2013- 2015

Año Servicio	2013		2014		2015		Total	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
1.Urgencias	64	36,0	65	40,1	30	19,2	159	32,1
2.Unidad de salud mental	1	0,6	0	0,0	0	0,0	1	0,2
2.VARIAS ESPECIALIDADES	1	0,6	2	1,2	2	1,3	5	1,0
3.Neurociencias	11	6,2	8	4,9	10	6,4	29	5,8
4. Hospitalización CX	31	17,4	32	19,8	35	22,4	98	19,8
5.M Interna	47	26,4	36	22,2	62	39,7	145	29,2
6.HEMATOLOGIA	0	0,0	1	0,6	0	0,0	1	0,2
6.Varias	18	10,1	12	7,4	9	5,8	39	7,9
9. Piso Servicios especiales	5	2,8	6	3,7	8	5,1	19	3,8
Total	178	100	162	100	156	100	496	100

Fuente: cálculo hecho por la estudiante con base en los datos de la oficina de Calidad y el servicio de enfermería.

Se encontraron similitudes en la distribución de úlceras por presión según la categoría de severidad en los tres años de observación tuvo mayor porcentaje para grado II (62%); porcentajes siguientes fueron para, úlceras grado I (16%) y úlceras no clasificables (12%) (Tabla 22).

Tabla 22. Distribución de úlceras por presión en los servicios hospitalarios del HUSI en 2013- 2015

Categoría	2013		2014		2015		Total	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Grado I	37	20,8	12	7,4	29	18,6	78	15,7
Grado II	110	61,8	105	64,8	91	58,3	306	61,7
Grado IV	2	1,1	0	0,0	0	0,0	2	0,4
No clasificable	16	9,0	22	13,6	22	14,1	60	12,1
Sospecha de lesión en tejido profundo	13	7,3	23	14,2	14	9,0	50	10,1
Total	178	100	162	100	156	100	496	100

Fuente: cálculo hecho por la estudiante con base en los datos de la oficina de Calidad y el servicio de enfermería.

El servicio de urgencias es uno de las unidades donde mayor porcentaje de úlceras por presión se presentan. Los meses con mayor porcentaje de ocurrencia para estos eventos en el 2013 son: octubre con 14%, febrero, marzo abril y agosto suman el 44% de las úlceras. Para el 2014, julio tuvo 20%; octubre, septiembre y abril suman el 43% de los casos; mientras que, para 2015 los meses representativos fueron enero, abril, julio y marzo que suman el 60% del total de úlceras presentadas (Tabla 23).

Tabla 23. Distribución de úlceras por presión en el servicio de urgencias del HUSI en 2013-2015.

1.Urgencias								
Año	2013		2014		2015		Total	
Mes	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Enero	2	3,1	2	3,1	7	23,3	11	6,9
Febrero	7	10,9	0	0	0	0	7	4,4
Marzo	7	10,9	4	6,2	3	10,0	14	8,8
Abril	7	10,9	7	10,8	4	13,3	18	11,3
Mayo	5	7,8	4	6,2	2	6,7	11	6,9
Junio	2	3,1	4	6,2	2	6,7	8	5,0
Julio	4	6,3	13	20	4	13,3	21	13,2
Agosto	7	10,9	5	7,7	0	0	12	7,5
Septiembre	5	7,8	10	15,4	4	13,3	19	11,9
Octubre	9	14,1	11	16,9	3	10,0	23	14,5
Noviembre	5	7,8	3	4,6	1	3,3	9	5,7
Diciembre	4	6,3	2	3,1	0	0	6	3,8
Total	64	100,0	65	100	30	100	159	100

Fuente: cálculo hecho por la estudiante con base en los datos de la oficina de Calidad y el servicio de enfermería.

La unidad de salud mental solo muestra 1 caso de úlcera por presión en los tres años de estudio, este caso se presentó en el mes de enero de 2013 (No se muestran datos).

Se encontraron datos de números muy bajos de ocurrencia de úlceras por presión en el 2° piso varias especialidades. Se presentaron 5 casos para los tres años de observación. En 2013 se presentó un caso en el mes de diciembre, 2014 un total de 2 casos comparten el 100% los meses de julio y diciembre y para el 2015 también se presentaron 2 casos, 1 caso en el mes de marzo y el restante en el mes de mayo (Tabla 24).

Tabla 24. Distribución de úlceras por presión en el servicio 2° piso salud mental del HUSI en 2013- 2015.

2. Varias especialidades								
Año	2013		2014		2015		Total	
Mes	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Marzo	0	0	0	0	1	50	1	20
Mayo	0	0	0	0	1	50	1	20
Julio	0	0	1	50	0	0	1	20
Diciembre	1	100	1	50	0	0	2	40
Total	1	100	2	100	2	100	5	100

Fuente: cálculo hecho por la estudiante con base en los datos de la oficina de Calidad y el servicio de enfermería.

El servicio de neurociencias muestra mayor ocurrencia de úlceras por presión con respecto a los servicios descritos anteriormente. Para los años 2013 a 2015 la frecuencia de estos eventos fue similar en los tres periodos, el mayor porcentaje se presentó en el mes de mayo (21%), seguidos de porcentajes en los meses de enero (14%) y agosto con 10% (Tabla 25).

Tabla 25. Distribución de úlceras por presión en el 3° piso neurociencias del HUSI en 2013- 2015.

3. Neurociencias								
Año	2013		2014		2015		Total	
Mes	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Enero	2	18,2	1	12,5	1	10	4	13,8
Febrero	1	9,1	1	12,5	1	10	2	6,9
Marzo	0	0	0	0	2	20	2	6,9
Abril	1	9,1	0	0	1	10	2	6,9
Mayo	1	9,1	2	25	3	30	6	20,7
Junio	1	9,1	1	12,5	0	0	2	6,9
Agosto	2	18,2	1	12,5	0	0	3	10,3
Septiembre	0	0	0	0	1	10	1	3,4
Octubre	1	9,1	0	0	0	0	1	3,4
Noviembre	0	0	1	12,5	1	10	2	6,9
Diciembre	2	18,2	1	12,5	0	0	3	10,3
Total	11	100	8	100	10	100	29	100

Fuente: cálculo hecho por la estudiante con base en los datos de la oficina de Calidad y el servicio de enfermería.

Se encontraron diferencias en los porcentajes de ocurrencia de úlceras por presión en los tres años de observación. Para el 2013 se observó que el mayor porcentaje de estos eventos fue en los meses de junio, agosto y diciembre que sumaron el 55% de los casos; mientras que, para 2014 y 2015 los mayores porcentajes estuvieron representados en los meses de enero y mayo. Para el total de los tres periodos los meses que sumaron mayores porcentajes fueron: Enero (15%), diciembre (12%) y los meses mayo y agosto comparten porcentajes de 11% (Tabla 26).

Tabla 26. Distribución de úlceras por presión en el 4° piso hospitalización de cirugía del HUSI en 2013- 2015.

4. piso hospitalización cirugía								
Año	2013		2014		2015		Total	
Mes	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Enero	1	3,2	6	18,8	8	22,9	15	15,3
Febrero	2	6,5	1	3,1	3	9	6	6,1
Marzo	1	3,2	4	12,5	3	8,6	8	8,2
Abril	1	3,2	1	3,1	1	2,9	3	3,1
Mayo	3	9,7	4	12,5	4	11,4	11	11,2
Junio	6	19,4	2	6,3	2	5,7	10	10,2
Julio	1	3,2	2	6,3	2	5,7	5	5,1
Agosto	6	19,4	3	9,4	2	5,7	11	11,2
Septiembre	3	9,7	3	9,4	2	5,7	8	8,2
Octubre	1	3,2	3	9,4	2	5,7	6	6,1
Noviembre	1	3,2	1	3,1	1	2,9	3	3,1
Diciembre	5	16,1	2	6,3	5	14,3	12	12,2
Total	31	100	32	100	35	100	98	100

Fuente: cálculo hecho por la estudiante con base en los datos de la oficina de Calidad y el servicio de enfermería.

Medicina interna presentó números más altos de ocurrencia de úlceras por presión con respecto al resto de servicios hospitalarios. En los tres años de observación presentó diferencias en los números por cada año con un aumento significativo para 2015. Para el 2013 el mayor porcentaje fue para enero 17%, y los meses febrero, marzo, abril y agosto comparten el 10,6%. Para 2014, noviembre, marzo julio, agosto y octubre suman el 45% del total de úlceras

para este año. Para 2016, la tendencia de mayor porcentaje se vio representada para los meses de octubre, mayo y junio que suman 41% (Tabla 27).

Tabla 27. Distribución de flebitis por turno en el 5° piso hospitalización de medicina interna del HUSI en 2013-2015

5. Piso hospitalización de medicina interna								
Año	2013		2014		2015		Total	
Mes	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Enero	8	17,0	2	5,6	1	1,6	11	7,6
Febrero	5	10,6	0	0,0	4	6	9	6,2
Marzo	5	10,6	4	11,1	4	6,5	13	9,0
Abril	5	10,6	3	8,3	5	8,1	13	9,0
Mayo	4	8,5	1	2,8	8	12,9	13	9,0
Junio	4	8,5	3	8,3	8	12,9	15	10,3
Julio	2	4,3	4	11,1	4	6,5	10	6,9
Agosto	5	10,6	4	11,1	5	8,1	14	9,7
Septiembre	3	6,4	3	8,3	4	6,5	10	6,9
Octubre	3	6,4	4	11,1	9	14,5	16	11,0
Noviembre	2	4,3	5	13,9	5	8,1	12	8,3
Diciembre	1	2,1	3	8,3	5	8,1	9	6,2
Total	47	100	36	100	62	100	145	100

Fuente: cálculo hecho por la estudiante con base en los datos de la oficina de Calidad y el servicio de enfermería.

La unidad de hematooncología solo muestra 1 caso de úlcera por presión en los tres años de estudio, este caso se presentó en el mes de abril de 2014 (No se muestran datos).

En el sexto piso varias especialidades se observó que la mayor frecuencia de úlceras por presión para los tres años fue disminuyendo desde 2013 hasta 2015. Los porcentajes de mayor relevancia se observaron en junio (30%), mayo (22%) y enero (18%) en el 2013. Para 2014, los porcentajes mayores fueron para diciembre, julio y mayo que sumaron el 50% de los casos. En 2015, los meses noviembre y diciembre comparten un porcentaje de 33% y abril mayo y junio suman 33% de total de úlceras ocurridas (Tabla 28).

Tabla 28. Distribución de Úlceras por presión en el 6 piso hospitalización varias especialidades del HUSI en 2013-2015.

6. piso varias especialidades								
Año	2013		2014		2015		Total	
Mes	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Enero	3	16,7	0	0	0	0	3	7,7
Febrero	1	5,6	0	0	0	0	1	2,6
Marzo	0	0	1	8,3	0	0	1	2,6
Abril	0	0	0	0	1	11,1	1	2,6
Mayo	4	22,2	2	16,7	1	11,1	7	17,9
Junio	5	27,8	1	8,3	1	11,1	7	17,9
Julio	2	11,1	2	16,7	0	0	4	10,3
Agosto	1	5,6	1	8,3	0	0	2	5,1
Septiembre	0	0	1	8,3	0	0	1	2,6
Octubre	2	11,1	1	8,3	0	0	3	7,7
Noviembre	0	0	1	8,3	3	33,3	4	10,3
Diciembre	0	0	2	16,7	3	33,3	5	12,8
Total	18	100	12	100	9	100	39	100

Fuente: cálculo hecho por la estudiante con base en los datos de la oficina de Calidad y el servicio de enfermería.

La unidad de servicios especiales del 9° piso presentó tendencias en ascenso desde 2013 hasta 2015 de ocurrencia de úlceras por presión. Para los tres años de observación los mayores porcentajes de ocurrencia de estos eventos fueron enero y septiembre que comparten (21%), mayo (16%) y junio – julio suman 20% (Tabla 29).

Tabla 29. Distribución de úlceras por presión en el 9° piso servicios especiales del HUSI en 2013-2015.

9. piso servicios especiales								
Año	2013		2014		2015		Total	
Mes	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Enero	2	40	0	0	2	25	4	21,1
Abril	1	20	0	0	0	0	1	5,3
Mayo	1	20	1	16,7	1	12,5	3	15,8
Junio	0	0	0	0	2	25	2	10,5
Julio	1	20	0	0	1	12,5	2	10,5
Septiembre	0	0	3	50	1	12,5	4	21,1
Noviembre	0	0	1	16,7	0	0	1	5,3
Diciembre	0	0	1	16,7	1	12,5	2	10,5
Total	5	100	6	100	8	100	19	100

Fuente: cálculo hecho por la estudiante con base en los datos de la oficina de Calidad y el servicio de enfermería.

RELACIÓN ENTRE LAS RENUNCIAS DEL PERSONAL Y LA OCURRENCIA DE LOS EVENTOS ADVERSOS DE ENFERMERIA EN EL PERIODO 2013 – 2015.

Para hallar la posible relación entre las renunciaciones del personal de enfermería y la ocurrencia de eventos adversos, se realizó una comparación del efecto de las renunciaciones con los eventos adversos de enfermería de cada servicio atribuible al cuidado del personal de enfermería.

Al realizar la comparación de las proporciones de renunciaciones y eventos adversos para el año 2013 -2015 por servicio se decidió omitir el servicio 2do piso varias especialidades ya que no estaba incluido como categoría en la base de datos de las renunciaciones.

El realizar el análisis de la información se observó que no existe un efecto representativo entre las renunciaciones del personal de enfermería de ambos cargos (auxiliares y profesionales) y la ocurrencia de eventos adversos atribuibles a su cuidado.

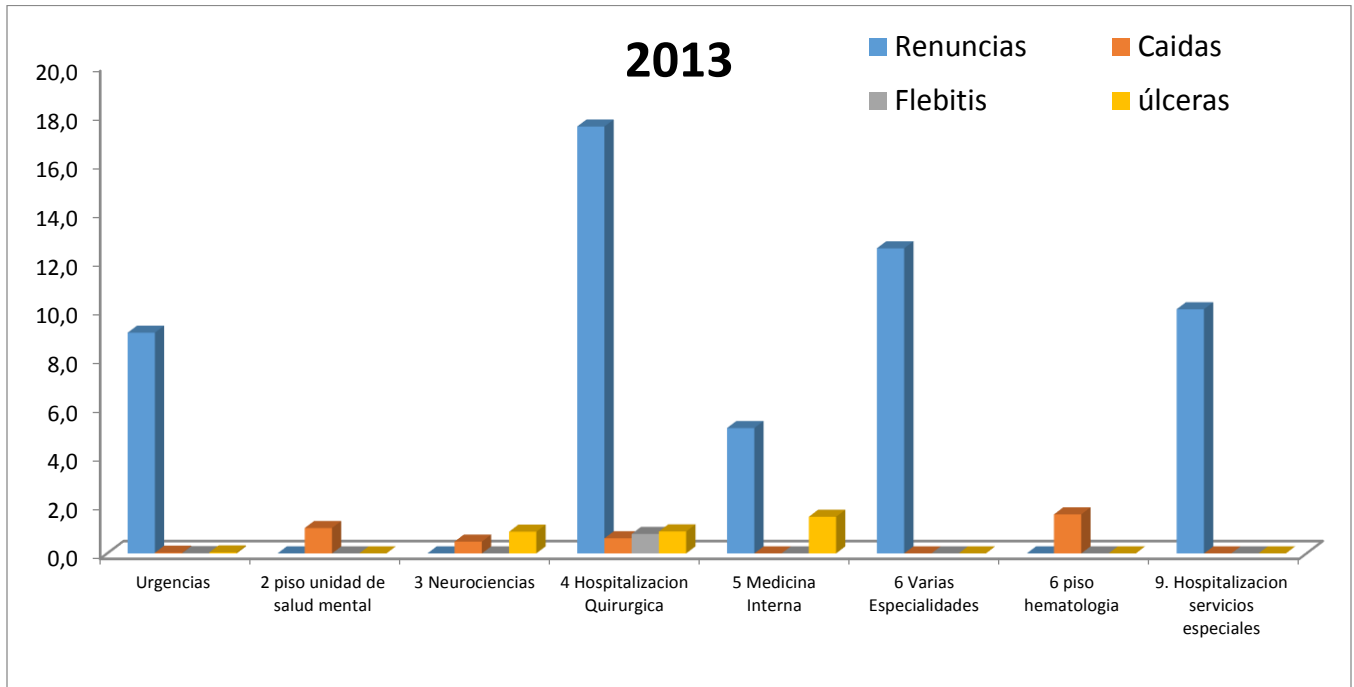
Tabla 30. Proporción de renuncias y eventos adversos del HUSI atribuibles al cuidado de enfermería por servicios hospitalarios en 2013.

Porcentajes	Servicio	Urgencias	2 piso unidad de salud mental	3 Neurociencias	4 Hospitalización Quirúrgica	5 Medicina Interna	6 Varias Especialidades	6 piso hematología	9. Hospitalización servicios especiales
2013	Renuncias	9.0	0.0	0.0	17.5	5.1	12.5	0.0	10.0
	Caídas	0.03	1.04	0.49	0.62	1,1	1,3	1.6	0,1
	Flebitis	0.01	0.00	0	0.8	0,2	1,1	0	0,2
	Úlceras	0.04	0.00	0.89	0.9	1.5	4,8	0	0,5
2014	Renuncias	10.9	11.1	16.7	10.0	7.7	12.5	0.0	10.3
	Caídas	0.38	1.63	0.67	0.4	0,7	2	2,2	0,5
	Flebitis	0	0	0	0.1	0,13	0,3	0,6	0,2
	Úlceras	0.04	0	0.6	0.7	0,8	3,3	0,3	0,5
2015	Renuncias	24.4	11.1	21.1	12.5	28.2	25.0	8.3	14.7
	Caídas	0.05	0.01	0.33	0.3	0,5	2,5	2,6	0,8
	Flebitis	0.01	0	0.27	0.04	0,1	1	1,1	0
	Úlceras	0.02	0	0.66	0.8	0,9	4,5	0	0,7

Fuente: cálculo hecho por la estudiante con base en los datos de la oficina de Calidad y el servicio de enfermería

Se puede ver en cada servicio, porcentajes pequeños de efecto frente a las renuncias. Para el servicio de hospitalización cirugía el cual muestra mayor proporción de egresos en el periodo solo se visualiza un ligero aumento en las tres categorías de eventos de seguridad clínica (caídas, flebitis y úlceras por presión) que no podrían atribuirse al fenómeno de las renuncias ya que no hay tendencia similar en los demás servicios. Se muestra en algunos servicios promedios de ocurrencia de eventos adversos mayores, como por ejemplo, unidad de hematología, neurociencias y salud mental donde no se registraron renuncias del personal en el periodo (Gráfica 5).

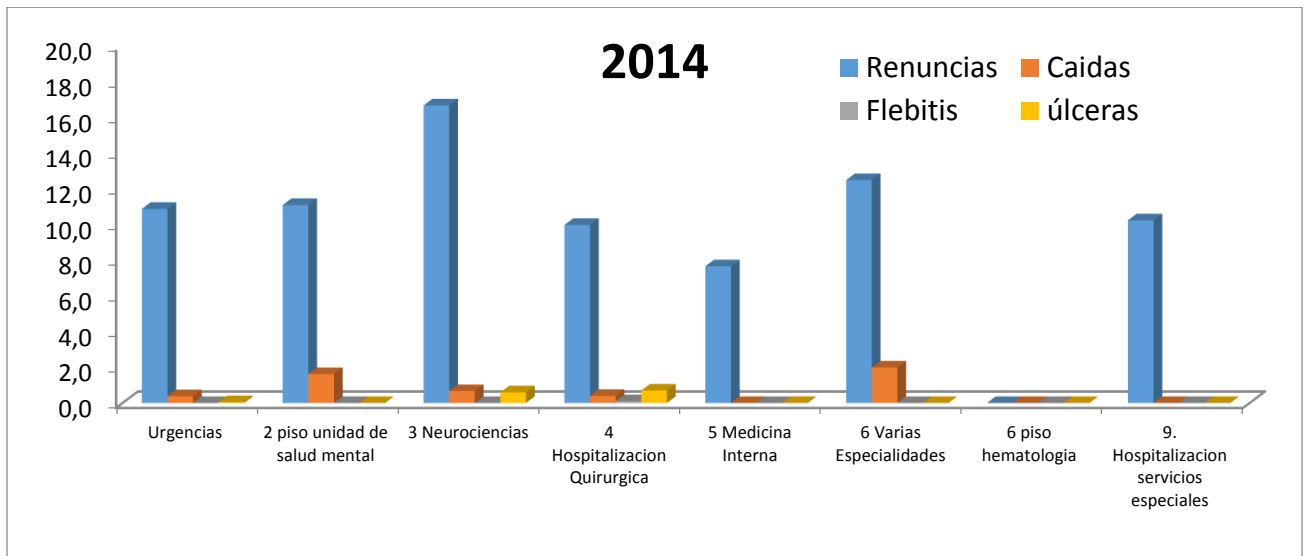
Gráfica 5. Proporción de renuncias y eventos adversos del HUSI atribuibles al cuidado de enfermería por servicios hospitalarios en 2013.



Fuente: cálculo hecho por la estudiante con base en los datos de la oficina de Calidad y el servicio de enfermería.

Se observaron diferencias para el periodo 2014 con relación al 2013 tanto en los promedios de egresos del personal como de la ocurrencia de eventos de seguridad clínica. La tendencia de las renuncias fue más representativa en la mayoría de los servicios del HUSI. Sin embargo, la frecuencia de los eventos de seguridad clínica se mostró muy fluctuante, sin mayor representación en los servicios donde más renuncias se registraron. Para éste periodo no se puede atribuir con seguridad que la presentación de los eventos sea producto de altos índices de renuncias en cada servicio (Gráfica 6).

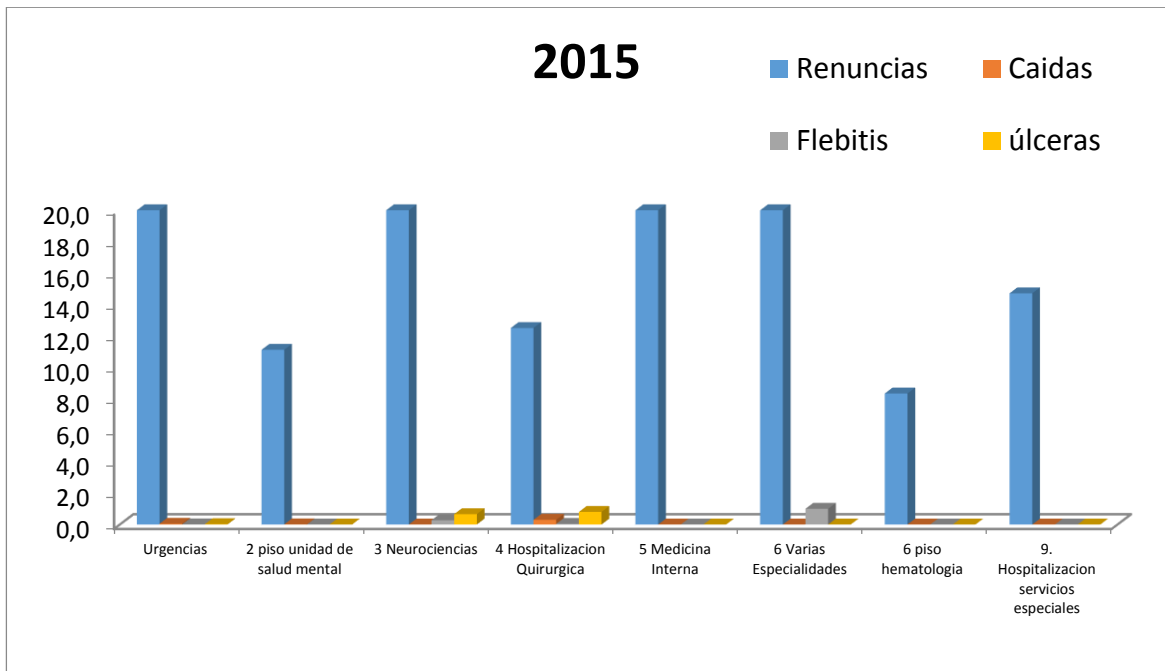
Gráfica 6. Proporción de renuncias y eventos adversos del HUSI atribuibles al cuidado de enfermería por servicios hospitalarios en 2014.



Fuente: cálculo hecho por la estudiante con base en los datos de la oficina de Calidad y el servicio de enfermería.

Al analizar las renuncias y su efecto frente a la ocurrencia de eventos adversos del periodo 2015 se identificó un comportamiento diferente en comparación con los dos años anteriores. El promedio de renuncias del personal fue más alto en todos los servicios del HUSI. Sin embargo, los datos de ocurrencia de eventos no están relacionados con el egreso del trabajador. La grafica muestra datos bajos de eventos adversos sin efecto representativo por el alto promedio de renuncias (Gráfica 7).

Gráfica 7. Proporción de renuncias y eventos adversos del HUSI atribuibles al cuidado de enfermería por servicios hospitalarios en 2015.



Fuente: cálculo hecho por la estudiante con base en los datos de la oficina de Calidad y el servicio de enfermería.

11. CONCLUSIONES

- Es importante hacer énfasis de acuerdo con los resultados obtenidos, que la ocurrencia de eventos adversos relacionados con el cuidado no pueden atribuirse completamente a la identificación de actos inseguros por parte del personal de enfermería o por la renuncia del mismo, dado que generalmente los eventos adversos se producen por diversos factores influyentes o por una cadena de errores. Además, la información disponible en los registros de eventos adversos, y los reportes sobre las renunciaciones no permitieron establecer una relación entre las variables (renunciaciones – eventos).
- Estadísticamente la mayor proporción de renunciaciones del personal de enfermería del HUSI en el periodo 2013 – 2015 fue para el sexo femenino en ambos cargos (auxiliares y profesionales de enfermería). Se presentaron 146 renunciaciones en el periodo de las cuales 116 fueron mujeres (79,5%) del total.
- Al haber encontrado diferencia porcentual del personal que presentó su renuncia por sexo, al analizar la edad de la renuncia se identificó que los trabajadores entre 26 y 35 años representaron el 78% del total de renunciaciones. Los auxiliares de enfermería renunciaron más que los profesionales cuando tienen entre 20 y 25 años (21,3%). En tanto, los profesionales mayores de 45 años no presentaron retiros en los tres años de estudio.
- Se encontró que el tiempo promedio de vinculación laboral del personal de enfermería en el HUSI fue de 2,6 años en general. Al hacer el análisis por servicio se identificó que los trabajadores que renunciaron estando vinculados al servicio de Psiquiatría y Salud mental duraron en promedio de 12,3 años y en servicios como medicina interna una auxiliar estuvo 32 años vinculada.
- La variable del turno en el que se encontraba vinculado el personal al presentar su renuncia fue más representativo en el turno de la noche (49%) para ambos cargos, aunque con mayor porcentaje para los profesionales que obtuvieron porcentaje de 54%.

- Los motivos de renuncia de mayor referencia para el personal de enfermería al presentar su entrevista de retiro fueron: cambio de actividad 33%, otra oferta laboral 22% y motivos personales 18,5%. Hubo un caso de un auxiliar de enfermería que estuvo vinculada 32 años al HUSI, a su egreso no indico motivo de renuncia.
- Por ahora se puede decir que el mayor número de renunciaciones se presentó en la unidad de urgencias con más del 50% del total del periodo, entre las unidades de hospitalización de cirugía y de medicina interna aportaron otro 23% de las renunciaciones. Sin embargo al comparar la proporción de las renunciaciones con el número base de personal para cada servicio del HUSI, la mayor proporción de renunciaciones se presentó para los servicios de hospitalización cirugía (17,5%) en el 2013, neurociencias con 16,7% para el 2014; mientras que para 2015 el comportamiento fue muy diferente, las renunciaciones estuvieron representadas en un alto porcentaje para varios de los servicios del HUSI diferenciados de la siguiente forma: hospitalización medicina interna (28,2%), hospitalización 6 piso varias especialidades (25%), Urgencias (25%) y neurociencias con 21%.
- Para el análisis de los datos de eventos adversos se puede decir que se presentó una importante ocurrencia de caídas en los tres periodos de observación, en el 2013 (131) en 2014 (134) y en 2015 se presentó el mayor número de caídas de los tres años (150). Al analizar las series comparadas de tiempo no se identificaron tendencias estables al crecimiento, decrecimiento o estabilización en ninguno de los tres periodos. La unidad de urgencias representó el mayor porcentaje de caídas en los tres años de estudio, con un 38% de todas las caídas. Otros servicios de relevancia fueron medicina interna con 24% y hospitalización quirúrgica con 12%, los demás servicios suman alrededor del 26% del total de las caídas del periodo. Es importante comparar este dato por año y por servicio respecto al total de pacientes atendidos en el mismo periodo de estudio para determinar su representación estadística.
- Tanto los números como los porcentajes de flebitis en los tres años de estudio fueron muy bajos, incluso algunos de los servicios no presentaron ningún caso en alguno de los tres periodos; del total de las flebitis ocurridas los mayores porcentajes fueron para los

servicios de urgencias (40%) y hospitalización de medicina interna con 32%.

- La distribución de úlceras por presión presentó una disminución de los casos desde el año 2013 hasta el 2015. Urgencias representó el mayor número y porcentaje de estos eventos representando el 32% de todas las úlceras por presión presentadas. Otros servicios de relevancia fueron hospitalización de medicina interna con 30% y 4° piso hospitalización de cirugía con 20%, los demás servicios suman el 40% restante.
- Al analizar las estadísticas de la ocurrencia de los eventos adversos atribuibles al cuidado de enfermería, se puede decir que el mayor porcentaje de estos se presentó en el turno de la noche para las tres categorías.
- Estadísticamente al realizar los indicadores ajustados tanto de renunciaciones sobre número base de personal en cada servicio, como de los eventos adversos ocurridos sobre el total de pacientes atendidos en el servicio para cada periodo; se concluye que los datos son insuficientes para mostrar la relación entre las renunciaciones y la ocurrencia de eventos, tanto en números absolutos como en números relativos.
- Se considera importante para aprovechar el análisis realizado en el presente estudio, el ajuste a las bases de datos de renunciaciones y eventos adversos, complementándolas con las variables de análisis identificadas; para que con análisis de relación de menor frecuencia se puedan establecer otras posibles correlaciones entre las renunciaciones del personal y la seguridad clínica en el cuidado de enfermería.
- En el caso particular del día a día es probable que pueda haber efecto en la calidad de la atención por cuenta de las renunciaciones del personal; sin embargo, para los indicadores agregados no se observó ningún tipo de relación entre las renunciaciones del personal de enfermería y la ocurrencia de eventos adversos atribuibles al cuidado en el HUSI durante 2013-2015.

12. RECOMENDACIONES

Basada en los resultados encontrados en el análisis de los datos incluidos en el trabajo se pueden realizar los siguientes aportes a manera de recomendación:

- El análisis de las bases de datos permitió identificar que algunos de los datos consignados en ellas fueron insuficientes para encontrar una posible relación entre las renunciaciones del personal y la ocurrencia de eventos adversos de enfermería en un periodo de tiempo menor (semanal, mensual o trimestral). Debido a esto se recomienda consignar en las bases de datos la fecha de ocurrencia o reporte del evento adverso.
- Se hace necesario para futuras investigaciones sobre rotación del personal u otros trabajos relacionados con gestión de talento humano, complementar la base de renunciaciones con datos como el turno en el que laboraba. De igual forma, actualización de información acerca de los servicios en el que se encontraba al presentar su renuncia.
- Es importante durante la aplicación de entrevista de retiro, indagar un poco más sobre el personal que no indica motivo de retiro, ya que al contar con esta información, permiten la creación de estrategias de fidelización del personal.
- Se sugiere evaluar a profundidad los motivos de renuncia del personal de enfermería en la institución, teniendo en cuenta el contexto (turno) y cargo en el que se desempeña (auxiliares o profesionales de enfermería), ya que durante el análisis se identificó que el personal que más renuncia se encuentra en la noche y en su mayor porcentaje son profesionales, causando pérdidas en la fuerza laboral.
- Valdría la pena realizar ejercicios de investigación que permitan evaluar si la presentación de eventos adversos derivados de la prestación de servicios de enfermería se deben particularmente a “actos inseguros” monitoreando y haciendo seguimiento a listas de chequeo, revisión de historias clínicas, datos de fuentes primarias u otras alternativas de evaluación que permitan determinar las condiciones en las que se presenta

específicamente el evento. De igual forma, es importante evaluar el efecto de las renuncias y las condiciones generales del personal que se queda y determinar si estas condiciones se suman a la ocurrencia de los eventos.

12. DISCUSIÓN

En la actualidad, la seguridad en la atención de los pacientes es uno de los aspectos más importantes que requieren revisarse y desarrollarse para establecer un proceso efectivo de garantía de calidad en la atención de enfermería. Para que la seguridad pueda establecerse como un valor necesario en el cuidado, es necesario conocer cuáles son las situaciones adversas que pueden presentarse cuando se realiza algún procedimiento de cuidado enfermero, con el fin de evitar o controlar los factores que predisponen a los errores y que atentan contra la seguridad de los pacientes.

En el presente estudio durante el proceso de análisis de los datos se observó que el mayor número de eventos adversos que se presentó en el HUSI para los tres años de observación 2013, 2014 y 2015 estuvo representado para las Úlceras por presión, se obtuvieron datos de 496 pacientes que sufrieron este tipo de evento durante el proceso de atención en situación de hospitalización; cabe resaltar que el 33% de estos pacientes sufrieron más de 1 ulcera por presión.

Se revisaron resultados de otros estudios de similares características, donde de igual manera, el mayor porcentaje estuvo representado para las úlceras por presión. En un estudio realizado en la ciudad de Bucaramanga en el año 2012 por un grupo de magísteres de diversas áreas de enfermería de la Universidad Industrial de Santander que realizaron una prueba piloto de un estudio de cohorte concurrente sobre eventos adversos relacionados con el cuidado de enfermería en una institución de salud de tercer nivel de atención. Fueron incluidos 198 pacientes que habían ingresado por urgencias, con permanencia entre 6 hasta 24 horas y mayores de 18 años de edad. Fue aplicado al ingreso y durante toda la hospitalización un instrumento general que evaluaba posibles factores de riesgo y la ocurrencia para cada evento adverso: úlceras por presión, caídas, flebitis y retiros de dispositivos terapéuticos los resultados arrojaron que entre todos los eventos adversos presentados el evento más frecuente fueron las úlceras por presión. (Parra D. C.-F., 2012)

Se presentaron porcentajes bajos de incidencias de eventos adversos en las tres categorías evaluadas en el presente estudio (caídas, úlceras por presión y flebitis) en relación con

los numero de pacientes atendidos en cada servicio, porcentajes que no ascienden al 5% en los de mayor representación (úlceras por presión y caídas) incluso en el servicio de urgencias donde los números de eventos son los más elevados; Mientras que un estudio realizado en 21 servicios de urgencias españoles, durante 7 días diferentes (equivalentes a días semanales) entre octubre y diciembre de 2009, se encontró que un 12% de los pacientes que visitaron el servicio de urgencias sufrieron algún tipo de evento adversos de las mismas categorías que las mencionadas en éste estudio. (Chanovas, 2010)

Otros estudios revisados evalúan principalmente el uso de indicadores y la pertinencia de evaluar la ocurrencia de eventos adversos relacionado con la prestación del servicio de enfermería; Algunos de los indicadores a tener en cuenta fueron mortalidad, tasa de infección hospitalaria, uso de dispositivos, readmisiones imprevistas y de otros específicamente relacionados a procesos de enfermería, como los índices de caídas, úlceras por presión, número de pacientes con restricción en la cama y la satisfacción del paciente. Cuando se evaluó la ocurrencia de UPP y caídas en el hospital estudiado, estos indicadores fueron considerados por 100% de los enfermeros como muy pertinentes para evaluar la calidad de la asistencia de enfermería, corroborado por la literatura. Otros indicadores considerados por los enfermeros como muy pertinentes o pertinentes para calificar la asistencia están íntimamente relacionados a las tareas diarias de la Enfermería, tales como incidencia de flebitis, incidencia de extubación accidental y no conformidad en la administración de medicamentos. (Gabriel C. S., 2011)

El ausentismo en la enfermería es preocupante, ya que desorganiza el servicio, genera insatisfacción y sobrecarga de trabajo y, consecuentemente, influye en la calidad de la asistencia prestada al cliente. De modo semejante, la elevada tasa de rotación del personal de enfermería puede generar número insuficiente de recursos humanos y dificultad de calificar al trabajador, ocasionando la disminución de la calidad del cuidado. (Bernardes, 2011)

A modo de conclusión, es importante mencionar que no se encontraron muchos estudios relacionados con el tema del presente estudio por lo que no pudo extenderse la comparación en cuanto a la situación actual de la ocurrencia de eventos adversos en el HUSI y

otras instituciones de similares características de prestación de servicios de salud y modelos de atención.

13. BIBLIOGRAFIA

- Agudelo, C., Cardona, J., Ortega, J., & Robledo, R. (2011). Sistema de Salud en Colombia: 20 años de Logros y Problemas. *Cienc Saúde Colectiva*, 2817-2828.
- Aguirre-gas, H. (1990). Evaluación de la calidad de la atención médica: Expectativas de los pacientes y de. *Salud Pública de México*, 170 - 180.
- Aladefe. (2003). *VII Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Alles, M. (2007). Dirección estratégica de recursos humanos: gestión por competencias. Buenos Aires, Granica, Argentina.
- Alma Ata. (1978). Declaración de Alma ATA. *Conferencia Internacional de Atención Primaria en Salud, Alma Ata* (págs. 1-3). Alma-Ata: OMS - UNICEF.
- ALMERA. (Septiembre de 2015). *Hospital Universitario San Ignacio*. Recuperado el 10 de Marzo de 2016, de Hospital Universitario San Ignacio: www.husi.org.co
- Alvo, A., & Aguirre, S. (2010). Perfil Epidemiológico de la Atención de Urgencias en un hospital tipo 4 de la Región Metropolitana. *ANACEM*, 3, 18-21.
- ANDI, A. (septiembre de 2007). *ANDI Asociación Nacional de Empresarios de Colombia sector salud*. Recuperado el 17 de abril de 2014, de <http://www.andi.com.co/downloadfile.aspx?Id=3441fee9-6009-4e01-a044-419a82621736>
- Ann Marriner, T. (2004). Modelos y teorías de enfermería. *El cuidado*, 13.
- Anota, D. (11 de enero de 2014). <http://es.scribd.com/>. Recuperado el 30 de Marzo de 2015, de <http://es.scribd.com/doc/198667697/Las-coordenadas-cientificas-de-la-enfermeria>
- Aranaz JM, A. C. (2004). Los efectos adversos en la asistencia hospitalaria. Una revisión. *Med Clín (Barc)*, 123.
- Aranaz, J. (2004). Proyecto IDEA: Identificación de efectos adversos. *Rev Calidad Asistencial.*, 7 - 23.
- Aranaz, J. (2006). *Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización*. Madrid: Ministerio de sanidad y consumo .

- Archive, O. (2007).
[http://web.archive.org/web/20070716092917/whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_854_\(chp6\)_spa.pdf](http://web.archive.org/web/20070716092917/whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_854_(chp6)_spa.pdf). Recuperado el 20 de mayo de 2016, de
[http://web.archive.org/web/20070716092917/whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_854_\(chp6\)_spa.pdf](http://web.archive.org/web/20070716092917/whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_854_(chp6)_spa.pdf):
[http://web.archive.org/web/20070716092917/whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_854_\(chp6\)_spa.pdf](http://web.archive.org/web/20070716092917/whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_854_(chp6)_spa.pdf)
- Ardila, S., Velazco, N., Jiménez, A., & Amaya, C. (Diciembre de 2008). Revisión de Procesos para la Asignación de Camas a Pacientes Provenientes de Urgencias de un Hospital Privado de Bogotá. Bogotá, Colombia.
- Ariane Ferreira, M. (2008). EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS AL USO DE CATÉTERES INTRAVENOSOS. *Rev Latino-am Enfermagem*, 1-3.
- Arroyo de Cordero, G. (2000). Humanismo en enfermería. *Revista de Enfermería IMSS.*, 62.
- Arroyo-de Cordero Graciela, J.-S. J. (2005). Repercusiones de la escasez versus migración de enfermeras como fenómeno global. *Rev. Enferm. IMSS* , 33 - 44.
- Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral. (2013). FORO: Cifras e Indicadores de Servicios de Salud. Bogotá.
- Asplin, B., Magid, D., Rodhes, K., Solberg, L., Lurie, N., & Camargo, C. (2003). A Conceptual Model of Emergency Department Crowding. *Annals of Emergency Medicine*, 42(2), 173-180.
- Asqui, C. &. (2011). *Factores que producen la rotación de personal y como esta afecta a la productividad de las empresas*. Quito.
- Awases M, G. A. (2004). *Migration of health professionals in six countries: a synthesis report*. Zimbabwe.
- Bindman, B., & Lowe, A. (1997). Judging Who Needs Emergency Department Care: a Prerequisite for Policy-Making. *The American Journal of Emergency Medicine*, 15(2), 133-136.
- Bittencourt, R., & Alonso, V. (Julio de 2009). Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Cadernos de Saúde Pública*, 1439-1454.
- Bloom, D. (Diciembre de 2007). Gestión internacional de la salud, cómo promover la salud mundial y aprovechar mejor los recursos monetarios mediante una na mejor coordinación. *Finanzas y desarrollo*, 44(4), 31-35.

- Bravo, J., Flórez, D., & Salazar, E. (2008). Servicios de Urgencias en Colombia, el caso Medellín. *Servicios de Urgencias en Colombia, el caso Medellín*, 35-39. Medellín, Colombia: Universidad CES.
- Bregenzer T, C. D. (1998). Is routine replacement of peripheral intravenous catheters necessary? . *Arch Intern Med.*, 151-156.
- Brennan TA, L. L. (1991). Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* , 324.
- Butler M, C. R. (2011). Modelos de personal de enfermería hospitalaria y resultados de los pacientes y los relacionados con el personal. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Cantillo, E. V. (2007). *Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad*. Barranquilla, Colombia: Salud Uninorte.
- Castro , J., Cohen, E., Lineros, A., & Sánchez, R. (2010). *Escala NEDOCS para Medir Congestión en Urgencias: Estudio de validación en Colombia*. Universidad del Rosario, Facultad de Medicina , Bogotá.
- Castro Canoa, J., Cohen Olivella, E., Lineros Montañez, A., & Sánchez Pedraza, R. (2010). *Escala NEDOCS para Medir Congestión en Urgencias: Estudio de validación en Colombia*. Universidad del Rosario, Facultad de Medicina , Bogotá.
- Cendex. (2007). *Recursos humanos de la salud en Colombia*. Bogota: Pontificia Universidad Javeriana.
- Chan, M. (enero de 2012). *universidad Nacional de Colombia*. Recuperado el 07 de Marzo de 2015, de <http://www.bdigital.unal.edu.co/8907/1/539680.2012.pdf>
- Chanovas Borrás M, C. I. (2007). Eventos adversos en los servicios de urgencias: ¿El servicio de urgencias como sinónimo de inseguridad clínica para el paciente?. . *Monografías emergencias*, 7-13.
- Chanovas, M. R. (2010). Eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. *Dialnet*, 415.
- CHIAVENATO, I. (1990). *Administracion de Recursos Humanos* . Mexico : Altos .
- CHIAVENATO, I. (2000). *Administracion de Recursos Humanos*. Mexico: Altos.
- Chicanda, A. (2005). *Nurse migration from Zimbabwe: analysis of recent trends and impacts*. *Nursing Inquiry*. Zimbabwe.

- Chul, W., Shin, S., Jun, K., Jung, K., & Joon, G. (December de 2009). Effect of an Independent-capacity Protocol on Overcrowding in an Urban Emergency Department. *Academic Emergency Medicine*, 16(12), 1277-1283.
- Corrales Bravo , J., Flórez Lemos, D., & Salazar Correa, E. (2008). SERVICIOS DE URGENCIAS EN COLOMBIA, EL CASO MEDELLÍN . *SERVICIOS DE URGENCIAS EN COLOMBIA, EL CASO MEDELLÍN* . Medellín, Colombia: Universidad CES.
- CORREA, P. (octubre de 2008). Enfermeras en plan de fuga. *El Espectador*.
- Corte Constitucional Colombiana. (2008). *Corte Constitucional*. Obtenido de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/t-760-08.htm>
- Coussement J., D. P. (2008). Interventions for preventing falls in acute- and chronic-care hospitals: A systematic review and meta-analysis;. *Journal of the American Geriatrics Society*, 26-36.
- Cowan, R., & Trzeciak, S. (October de 2004). Clinical Review: Emergency Department Overcrowding and the Potential Impact on the Critically ill. *Critical care*, 9(3), 291-295.
- CPC, C. (1991). *Alcaldia Bogotá*. Recuperado el 7 de abril de 2014, de Alcaldía de Bogotá: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=4125>
- D., B. (1955). Hazards of modern diagnosis and therapy - the price we pay-. *JAMA*, 159.
- Decreto 412. (6 de marzo de 1992). *defensoria.org*. Recuperado el 19 de abril de 2014, de *defensoria.org*: http://www.defensoria.org.co/red/anexos/pdf/11/salud/d412_92.pdf
- Decreto 4747. (7 de diciembre de 2007). *Alcaldía de Bogota*. Recuperado el 18 de abril de 2014, de *Alcaldiadebogota.gov*: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=27905>
- Derlet, R., Richards, J., & Kravitz, R. (February de 2001). Frequent Overcrowding in U.S. Emergency Departaments. *Journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 8(2), 151-155.
- Domiguez, E., & Zacea, E. (2011). Sistema de salud de Cuba. *Scielo*, 53, 168-176.
- Donabedian. (1980). *Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor Mich.
- Donabedian, A. (1980). The definition of quality and aproaches to its assessment. En D. A., *Explorations in quality assessment and monitoring*. Michigan: Ann Arbor.
- Enjamio, E., Moya, C., García Fortea, C., Castellanos, J., Perez Mas, J., Martínez Milán, J., y otros. (2010). Impact of Hospital Management Measures to Increase Efficiency in the

- Management of Beds and Reduce Emergency Department Congestion. *Emergencias*, 22, 249-253.
- Espinoza Miranda, K. &. (2012). Sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores informales . *Ciencia y enfermería.*, 23-30.
- Ferreira Rocca, F. (2013). <http://www.suagm.edu>. Recuperado el 28 de Marzo de 2015, de <http://www.suagm.edu>: <http://www.suagm.edu/umet/biblioteca>
- Flores, C. (2011). La saturación de los servicios de urgencias: Una llamada a la unidad. *Revista Científica de la Sociedad Española de Urgencias y Emergencias*, 23(1), 59-64.
- Flórez, C. (2011). La saturación de los servicios de urgencias: Una llamada a la unidad. *Emergencias*, 59-64.
- Gabriel, C. M. (2011). Utilización de indicadores de desempeño en servicio de enfermería de hospital Público. *Revista Latinoamericana de Enfermería* .
- García, F. P. (2013). Valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión en una unidad de cuidado crítico. *Gerokomos*, 6-24.
- Garzón, R. (2019). *Indicios de atención insegura, errores y eventos adversos ocurridos en el proceso de atención en salud y enfermería en una IPS de Bogotá en el periodo junio 2009-junio 2010*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia .
- Geelhoed, G., & Klerk, N. (2012). Emergency Department Overcrowding, Mortality and the 4-hour rule in Western Australia. *Medical Journal Australia*, 196(2), 122-126.
- Gestión internacional de la salud, c. p. (2007). *Fondo Monetario Internacional*. Recuperado el 6 de abril de 2014, de Fondo Monetario Internacional: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/spa/2007/12/pdf/bloom.pdf>
- gestionhumana.com. (2009). www.gestionhumana.com. Recuperado el 15 de Junio de 2015, de www.gestionhumana.com: <http://www.gestionhumana.com/gh4/bancoconocimiento/r/rotacionpersonal/rotacionpersonal.asp>
- GNEAUPHC, G. N. (2015). <http://www.gneaupp.org/webgneaupp/index.php>. Recuperado el 01 de junio de 2016, de <http://www.gneaupp.org/webgneaupp/index.php>: <http://www.gneaupp.org/webgneaupp/index.php>.
- Gómez, J. (2006). Urgencia, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la urgencia basado en en el triage estructurado. *Revista Científica de la Sociedad Española de Urgencias y Emergencias*, 18(3), 156-164.

- Gómez, L. (5 de Agosto de 2007). Colapsó servicio de urgencias en Bogotá por avalancha de pacientes. *El Tiempo.com*.
- Guarin, H., & Palomino, A. (2012). *Aplicación de los modelos de mejoramiento de procesos y de tiempos y movimientos en las áreas de urgencias y hospitalización de la clínica Belén de Fusagasugá para garantizar la prestación del servicio en salud con calidad*. Bogotá: Universidad del Rosario.
- Halvorsen, I., Meland, E., & Baerheim, A. (2007). Use of Emergency Services Before and after Implementation of the Regular General Practitioner Scheme . *Journal of the Norwegian Medical Association*, 127(10), 1351-1353.
- HCO. (2006). *Manual de indicadores de eficiencia* . Bogotá D.C: Hospital Centro Oriente .
- Hernández Bello, A., & Vega, R. (Noviembre de 2001). El sistema colombiano de seguridad social en salud: DESIGUALDAD Y EXCLUSIÓN . *Gerencia y Políticas de Salud*, 48-73.
- Hernández Zavala, M. H. (2012). Satisfacción laboral del profesional de enfermería en cuatro instituciones de salud. *Enfermería Universitaria*, 7-15.
- Hospital Universitario San Ignacio. (2014). Recuperado el 4 de 06 de 2014, de Hospital Universitario San Ignacio: www.husi.org.co
- HUSI. (Marzo de 2015). <http://www.husi.org.co>. Recuperado el 15 de Marzo de 2015, de <http://www.husi.org.co/nuestras-politicas>
- ISO. (1989). *International Organization for Standarization. Quality: terms and definitions*.
- Juan, A., Enjamio, E., Moya , C., García , C., Castellanos , J., Pérez, J., y otros. (2010). Impacto de la implementación de medidas de gestión hospitalaria para aumentar la eficiencia en la gestión de camas y disminuir la saturación del servicio de urgencias. *Revista Científica de la Sociedad Española de Urgencias y Emergencias*, 22, 249-253.
- Leape LL, B. T. (1991). The nature of adverse events in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med*, 324.
- Ley 266. (1996). <http://www.mineduacion.gov.co/>. Recuperado el 30 de Marzo de 2015, de <http://www.mineduacion.gov.co/>: http://www.mineduacion.gov.co/1621/articles-105002_archivo_pdf.pdf
- Linares, G. (2013). *Congestión en el Servicio de Uregncias ¿Retrasa La Primera Dosis De Antibiótico o Analgésico?* Univerdidad del Rosario, Facultad de Medicina, Bogotá.

- Littlewood Zimmerman, H. F. (2006). Antecedentes de la rotación voluntaria de personal. *Investigacion Administrativa* , 7-25.
- López, A. (Noviembre de 2013). Pacientes en riesgo por falta de enfermeras. *EL MUNDO*.
- Loria, J., & Ortiz, P. (2005). Estancia Mayor de 6 Horas en un Servicio de Urgencias de Segundo Nivel en la Ciudad de México. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias*, 5(1), 1-7.
- Lourdes de Souza, M., & Lenise, P. M. (2004). Migraciones y escasez de enfermeras en América latina. *Simposio Panamericano de Investigación en Recursos Humanos en Enfermería*,. Lima.
- Luengas Amaya, S. (2007). *Centro de Gestión Hospitalaria*. Recuperado el 20 de Noviembre de 2015, de Centro de Gestión Hospitalaria: <http://www.cgh.org.co>
- Malaver, C. (24 de mayo de 2013). La falta de camas hace colapsar salas de urgencia en red hospitalaria. *El tiempo.com*.
- Marly, C. (2012). *INFORMA ANUAL 2012*. BOGOTA.
- Martínez Carazo, P. C. (2011). El método de estudio de caso. *Estrategia metodologica de la investigacin clinica*. España.
- Martínez, E., & María, C. (2012). Modelo Predictor del Ingreso Hospitalario desde el Servicio de Urgencias. Madrid: Universidad Rey Juan Carlos.
- Masson , E., & Navarro Beltrán , I. (1996). Diccionario Terminológica de Ciencias Médicas,. 13^a edición, 31. Barcelona: Masson.
- Mejía Correa, E. A. (2012). *Plan estratégico sobre seguridad del paciente en el servicio de hospitalización en la Clínica Antioquia de la Ciudad de Medellín*. Medellin .
- Michel P, Q. J. (2004). *Comparison of three methods for estimating rates of adverse events and rates of preventable adverse events in acute care hospitals*. Florida: BMJ.
- Michel P, Q. J.-L. (2004). Comparison of three epidemiological methods for estimating adverse events and preventability rates in acute care hospitals. *BMJ*, 199.
- Michelle Butler, R. C. (2011). <http://www.update-software.com/>. Recuperado el 07 de marzo de 2015, de <http://www.update-software.com/>.
- migraciones, H. i. (2005). <http://www.scielo.org.mx/>. Recuperado el 28 de marzo de 2015, de <http://www.scielo.org.mx/>: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342010000300009&script=sci_arttext

- Ministerio de Salud. (1993). Resolución 8430 de 1993: Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (3 de Abril de 2006). *Web Ministerio de Salud*.
Obtenido de
<http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf>
- MINSALUD. (1996). Decreto 2174. Bogotá D.C. Obtenido de www.minsalud.gov.co.
- minsalud. (2009). <https://www.minsalud.gov.co>. Recuperado el 26 de mayo de 2016, de
<https://www.minsalud.gov.co>:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/seguridad-en-procesos-quirurgicos.pdf>
- Minsalud. (2012). *Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas*. Bogotá, Colombia: Minsalud.
- Miotto Wright, M. d. (2013). The ES/CICAD/OAS schools of nursing project: a model of excellence for professional and scientific development on drug related issues in Latin America. *Scielo*.
- Montoya, C. A. (2006). EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO COMO HERRAMIENTA PARA EL ANÁLISIS DEL. <http://www.scielo.org.ar/>.
- Morales, R. (2013). La satisfacción laboral de los trabajadores y su repercusión en productividad de las empresas. Ecuador.
- Moreno , E. (2008). Y si adaptáramos los servicios hospitalarios de urgencias a la demanda social y no a las necesidades de salud? . *Revista Científica de la Sociedad Española de Urgencias y Emergencias*, 20(4), 273 -284.
- MORENO, T. (2008). Las 6 formas de retener el talento. *CNNEXPANSION*.
- Moros, C. (2012). *Introducción de la Metodología Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE) como Herramienta de Gestión en una ESE del Distrito Capital de II nivel*. Universidad del Rosario, Facultad de Administración, Bogotá.
- MPS. (2001). *Oferta y demanda de recursos humanos en salud en Colombia* . Antioquia : Universidad de Antioquia .
- MPS. (2007). *Auxiliares de salud; Perfiles ocupacionales y normas de competencia laboral*. Bogotá D.C: Scripto Ltda.
- Najera, R. M. (2009). *La Enfermería en América Latina Situación actual, áreas críticas y lineamientos para un Plan de Desarrollo*.

- Navarra. (2012). <http://navarra.satse.es/>. Recuperado el 29 de Marzo de 2015, de <http://navarra.satse.es/comunicacion/noticias/aumenta-la-rotacion-de-enfermeras-y-los-riesgos-para-el-paciente>
- OMS. (7 de Abril de 1946). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 9 de Abril de 2014, de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- OMS. (7 de Abril de 1948). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 9 de Abril de 2014, de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- OMS. (2003). *Informe sobre la salud en el mundo* . Ginebra .
- OMS. (2008). *Alianza mundial para la seguridad del paciente. la investigacion en seguridad del paciente*. Ginebra.
- OMS. (2012). Guías para la rehabilitación basada en la comunidad componente salud. *Guías para la rehabilitación basada en la comunidad componente salud*, 8-9. OMS.
- OMS. (2012). <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/>. Recuperado el 26 de mayo de 2016, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/>: <https://www.minsalud.gov.co>
- OPS. (1997). *Informe Taller Regional Intercambio de Experiencias en la Formación de Trabajadores de Atención*. Washington .
- OPS. (2005). *Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina*. Washington, D.C: OPS.
- OPS. (diciembre de 2010). *Manual para la implementación de un sistema de triage para los cuartos de urgencias*. Recuperado el 14 de enero de 2015, de [saludcastillayleon.es](http://www.saludcastillayleon.es): <http://www.saludcastillayleon.es/sanidad/cm/ProfesionalesCAB/facm/917192/140851-EL%20TRIAJE%20EN%20URGENCIAS.pdf>
- OPS. (2010). *Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud: Introducción y Generalidades*. Organización Panamericana de la Salud, Área de Sistemas de Salud Basados en Atención Primaria de Salud, Proyecto de Servicios Integrados de Salud., Washington D.C.
- OPS. (2011). *Migracion de enfermeras en America Latina* . Washington.
- OPS/OMS. (1998). *Hacia un Nuevo Abordaje en Administración del Personal de Salud*.
- OPS/OMS. (2006). LA MIGRACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD EN LA REGION DE LAS AMERICAS, SITUACION, PERSPECTIVAS Y SUGERENCIAS PARA LA ACCION.

VIII CONFERENCIA IBEROAMERICANA DE MINISTRAS Y MINISTROS DE SALUD
(págs. 4, 5). URUGUAY: MINISTERIO DE SALUD DE URUGUAY.

- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Informe sobre la salud en el mundo: Capítulo 5*. Ginebra: OMS.
- Ortega, C. &. (2006). GESTIÓN DE PROGRAMAS DE RESPONSABILIDAD SOCIAL EMPRESARIAL COMO COMPROMISO ORGANIZACIONAL EN LAS COMUNIDADES. *I Jornada Binacional de Investigación de la URBE (CICAG)*, (pág. 167).
- Ospina, M., Bond, K., Schull, M., Innes, G., Blitz, S., & Rowe, B. (2007). Key Indicators of Overcrowding in Canadian Emergency Departments: a Delphi study. *CJEM*, 9(5), 339-346.
- Ovens, H. (2010). Saturación de los servicios de urgencias. Una propuesta desde el Sistema para un problema del Sistema. *Revista Científica de la Sociedad Española de Urgencias y Emergencias*, 22, 244-246 .
- Páez Torres, M. (2009). Eventos adversos, un desafío para la medicina. *UN periodico*, pág. 2.
- Paniagua Mota, N. (2014). *Perspectiva y evolución del rol enfermero: la enfermería frente al espejo: mitos y realidades*.
- Pardo Torres, M. N. (2000). El humanismo como paradigma de la Enfermería como ciencia. *Avances en Enfermería* , 28.
- Parra, D. C.-F. (2012). Eventos adversos derivados del cuidado de enfermería: flebitis, úlceras por presión y caídas. *Enfermería Global* , 159.
- Parra, S. P. (Noviembre de 2010). En enfermeras: déficit, desempleo y migración. *Periódico El Pulso*.
- PARRA, S. P. (Noviembre de 2010). <http://www.periodicoelpulso.com>. Recuperado el 18 de Marzo de 2015, de <http://www.periodicoelpulso.com/html/1011nov/debate/debate-08.htm>
- Pescandola M, W. D. (2001). Causation in Epidemiology. *Epidemiol Community Health*, 55.
- R., M. (1956). Diseases of medical progress. *N Engl J Med*, 255.
- Rene, S., Woods, R., Bullard, M., Holroyd, B., & Rowe, B. (January de 2008). Consultations in the Emergency Department: a Systematic Review of the Literature. *Emergency Medicine Journal*, 25(1), 4-9.

- Resolución 00001220. (8 de abril de 2010). *Alcaldía de Bogotá*. Recuperado el 20 de abril de 2014, de [Alcaldiabogota.gov](http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=39321):
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=39321>
- Resolución 1441. (6 de mayo de 2013). *Ministerio de salud*. Recuperado el 20 de mayo de 2014, de [ministeriodesalud.gov](http://www.minsalud.gov.co):
<http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/Resolución%201441%20de%202013.PDF>
- Resolución 214. (1998). *Alcaldía de Bogotá*. Obtenido de Alcaldía de Bogotá:
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=823>
- Restrepo, D. A. (2010). *Ministerio de salud*. Recuperado el 08 de Marzo de 2015, de Ministerio de salud: <http://www.minsalud.gov.co>
- Revista América Economía. (2012). *Ranking Hospitales y Clínicas 2012*.
- Richardson, D., & Mountain, D. (2009). Myths versus Facts in Emergency Department Overcrowding and Hospital Access Block. *Medical Journal of Australia*, 190(7), 369-374.
- Risquez, A., & Guevara, X. (Enero-Junio de 2013). Epidemiología de las Consultas por Urgencia y Triage del Hospital J.M. de los Rios. *Cuadernos de la Escuela de Salud Pública*, 1(85), 48-57.
- Rodríguez, F. (15 de octubre de 2013). *universidad Jorge Tadeo Lozano*. (F. Rodríguez Páez, Productor) Recuperado el 12 de enero de 2014, de universidad Jorge Tadeo Lozano:
<file:///Users/FAFIS/Downloads/Resultados%20Estudio%20Piloto%20Uso%20y%20capacidad%20instalada%20de%20los%20servicios%20de%20urgencias%20C3%A2%E2%82%AC%20C5%93Cualitativo%20y%20Cuantitativo%20IPS%20C3%A2%E2%82%AC-.pdf>
- Rodriguez, R. Y. (2014). Causas de ocurrencia de evento adverso relacionado con la atención de enfermería. Bogotá .
- Rosales-Martínez, Y., Gustavo, N., Galárrag, O., & Ruiz-Larios, J. A. (2005).
<http://www.scielo.org.mx/>. Recuperado el 28 de Marzo de 2015, de <http://www.scielo.org.mx/>: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342010000300009&script=sci_arttext
- Rosenthal, K. (2012). <http://enferlic.blogspot.com.co/2012/07/cuando-aparece-la-flebitis.html>. Recuperado el 01 de Junio de 2016, de <http://enferlic.blogspot.com.co/2012/07/cuando-aparece-la-flebitis.html>: <http://enferlic.blogspot.com.co/2012/07/cuando-aparece-la-flebitis.html>
- Rowe, B., Villa, C., Guo, X., Bullard, M., Ospina, M., Vandermeer, B., y otros. (December de 2011). The Role of Triage Nurse Ordering on Mitigating Overcrowding in Emergency

- Departments: A Systematic Review. *Academic Emergency Medicine Official Journal*, 18(12), 1349-1357.
- Sánchez, C. (2003). *Propuesta Metodológica para la Creación e Implementación de indicadores de Gestión en el Departamento de Urgencias de la Fundación Cardio Infantil Instituto de Cardiología*. Universidad de la Salle, División de Formación, Bogotá.
- Sanchez, J., & Bueno, A. (2005). Factores Asociados al Uso Inadecuado de un Servicio de Urgencias Hospitalario. *Emergencias*, 17, 138-144.
- Saned. (2007). Seguridad Clínica de los Pacientes en los Servicios de Urgencias. *GESTIÓN ASISTENCIAL DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS*, 3-5.
- SATSE. (06 de Noviembre de 2012). <http://www.lavozlibre.com/>. Recuperado el 30 de Marzo de 2015, de <http://www.lavozlibre.com/>: <http://www.lavozlibre.com/noticias/ampliar/664615/la-rotacion-afecta-a-casi-el-50-de-las-enfermeras-lo-que-aumenta-los-riesgos-para-el-paciente>
- SATSE. (2012). *www. sats. es*. Recuperado el 29 de Marzo de 2015, de *www. sats. es*: *www. sats. es*
- Satse. (2013). *Disminución de enfermeras tiene consecuencias en atención, cuidado y curación ciudadano e incluso en aumento mortalidad*.
- Schimmel, E. (1964). The hazards of hospitalization. *Ann Intern Med*, 60.
- Sharoda, P., Madhu, R., & DeFlicht, C. (August de 2010). A Systematic Review of Simulation Studies Investigating Emergency Department Overcrowding. *Simulation Review*, 86(8-9), 559-571.
- Sierra, C. (15 de Marzo de 2016). Enfermera Admisiones . (A. Alfonso, Entrevistador)
- Silva, W. B. (2000). *La edad: problema de rotación de personal*. . Makron Books.
- Steel K, G. P. (1981). Iatrogenic illness on a general medical service at a university hospital. *N Engl J Med*, 42.
- Thomas, D. (2006). Prevención y manejo de Úlceras por presión. *Am Med Dir Assoc.*, 5-7.
- Torres, C. (2010). Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados. *Avances en enfermería. UNAL*, 10.
- Tovar, V. (10 de Abril de 2014). Enfermera. *Coordinadora Encargada de Urgencias, HUSI*. (F. Flórez, Entrevistador)
- Tovar, V. (20 de 15 de 2015). Coordinadora de Urgencias. (A. Alfonso, Entrevistador)

- Universidad Nacional Autónoma de México. (6 de 10 de 2004). *Publica Tuobra*. Recuperado el 16 de 10 de 2014, de <http://www.tuobra.unam.mx/publicadas/010820192601.html>
- Universidad Nacional, d. C. (14 de MARZO de 2015). Falta de enfermeros profesionales en Colombia pone en riesgo a los pacientes. *EL ESPECTADOR*.
- Urra, E. J. (2011). Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Ciencia y Enfermería* , 11-22.
- Uscátegui, S. (2008). *Sistemas de Evaluación de Servicio y Estrategias de Gestión de Clientes en Urgencias de la Fundación Cardio Infantil - Instituto de Cardiología*. Universidad de la Sabana, Instituto de Postgrados, Chia- Cundinamarca.
- Valencia Hernández, J. E. (2014). *Diagnóstico de las causas que influyen en el bajo nivel de satisfacción y sensación de infelicidad percibida por las personas al interior de las organizaciones*.
- Vargas, I. (Febrero de 2011). <http://www.cnnexpansion.com>. Recuperado el 18 de Marzo de 2015, de <http://www.cnnexpansion.com>: <http://www.cnnexpansion.com/mi-carrera/2011/02/10/empleo-rotacion-laboral-renuncia-cnn>
- Velandia Mora, A. L. (2002). Regímenes laborales en enfermería y calidad de atención. Avances en Enfermería;. *Avances en Enfermería* , 5-22.
- Velandia Mora, A. L. (2010). <http://www.javeriana.edu.co/>. Recuperado el 30 de Marzo de 2015, de <http://www.javeriana.edu.co/>: <http://www.javeriana.edu.co/Facultades/Enfermeria/revista1/files/138.pdf>
- Velandia, A. L. (1999). Humanismo: Fortaleza de Enfermería para el desarrollo teórico y científico de la profesión. *Facultades* , 7-8.
- Velandia, M. (Junio de 2000). Gerencia del Día a Día en el Departamento de Urgencias de la Fundación Santafé de Bogotá. *Actualizaciones en Enfermería*, 3(2), 20-26.
- Velandia, M. (agosto de 2011). La Seguridad de los Pacientes de Urgencias en un Ambiente de Congestión. *Revista de actualizaciones en enfermería*, 14(3).
- Velazquez, P., Rodríguez, A., & Jaén, J. (2011). Metodologías Cuantitativas para Optimización de un Servicio de Urgencias: Una Revisión de la Literatura. *Revista gerencia y Políticas en Salud*, 196-218.
- Villarreal, E. (2007). *Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad*. Barranquilla, Colombia.: Salud Uninorte.

- Vitaller, J. (2005). El contexto de la gestión de riesgos de la asistencia sanitaria. *Rev Calidad Asistencial*, 20-25.
- Vítolo, F., & Compañía de Seguros, N. (Marzo de 2014). Saturación de las Guardias de Emergencia. *Parte I Causas y efectos*, 1-12.
- Watson, J. (12 de junio de 2012). <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/jean-watson.html>. Recuperado el 18 de marzo de 2015, de <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/jean-watson.html>: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/jean-watson.html>
- Weiss , S., Ernest, A., & Nick, T. (2006). Comparison of the National Emergency Department Overcrowding Scale and the Emergency Department Work Index for quantifying emergency department crowding. *Acad Emerg Med.*, 13(5), 513-518.
- Weiss, S., Derlet, R., Arndahl, J., Ernst, A., Richards, J., Fernández , M., y otros. (January de 2004). Estimating the Degree of Emergency Department Overcrowding in Academic Medical Centers: Results of the National ED Overcrowding Study (NEDOCS). *Academic Emergency Medicine*, 11(1), 38-50.
- Yautenzi, C. &. (2014). *Factores Psicosociales que influyen en el estrés laboral del personal de enfermería*.
- Yepes, J. (junio de 2010). Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 9(18), 118-123.
- Yepes, J. (2013). ¿Por qué la Crisis Multisistémica de la Salud? *Revista Gerencia y Políticas en Salud*, 5-7.

ANEXO 1. Entrevista de Retiro

DATOS GENERALES

Dependencia	Cargo	Fecha Ingreso:	Fecha Egreso:
Cédula	Nombres completos	Apellidos completos	Fecha Entrevista

MOTIVO DEL RETIRO

Otra oferta laboral		Institución:	Salario:
Mejor oferta salarial		Institución:	Salario:
Personales		Incompatibilidad con el jefe	
Cambio de actividad		Horario	
Estudios		Jubilación	
Otro			

COMENTARIOS: _____

1. ¿Cuál fue su nivel de Satisfacción en su puesto de trabajo?

Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
-----------	-------	---------	------------

COMENTARIOS: _____

2. Las Herramientas y los Implementos para el desarrollo de su trabajo fueron:

Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
-----------	-------	---------	------------

COMENTARIOS: _____

3. ¿Cómo califica el clima laboral de su dependencia?

Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
-----------	-------	---------	------------

COMENTARIOS: _____

4. ¿Cómo califica el clima laboral del Hospital?			
Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
COMENTARIOS: _____ _____			
5. ¿Recomendaría a alguien trabajar en el HUSI?			
SI		NO	
COMENTARIOS: _____ _____			
6. ¿Cómo califica las capacitaciones y el entrenamiento recibido?			
Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
COMENTARIOS: _____ _____			
7. ¿Cómo fueron sus relaciones con sus superiores jerárquicos?			
Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
COMENTARIOS: _____ _____			
8. ¿Usted volvería a trabajar en el Hospital Universitario San Ignacio?			
SI		NO	
COMENTARIOS: _____ _____			
9. ¿Qué imagen se lleva del Hospital?			
Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
10. Nombre cuatro (4) aspectos positivos del Hospital			

11. Nombre cuatro (4) aspectos por mejorar del Hospital

--	--	--	--

12. ¿Cómo califica el servicio que le prestó la Oficina de Gestión Humana?

Excelente

Bueno

Regular

Deficiente

COMENTARIOS: _____

13. Califique la vivencia de los valores en el Hospital, (siendo 5 la calificación más alta y 1 la más baja)

	5	4	3	2	1
Excelencia					
Honestidad					
Humanitarismo					
Proactividad					

14. ¿Tiene alguna sugerencia para mejorar las condiciones laborales?

SI

NO

¿CÚALES?: _____

15. Comentarios adicionales

--

Nombre del entrevistador

Firma del entrevistado

Firma del Entrevistador

COPIA CONTROLADA