

**MODELOS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ADMINISTRATIVOS Y
ASISTENCIALES DE ASIGNACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y SU
RELACIÓN CON LA SEGURIDAD CLÍNICA Y LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE Y
DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA**

KATHERINNE ANDREA SANTA ISAZA

UNIVERSIDAD CES

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE IPS

2020

**MODELOS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ADMINISTRATIVOS Y ASISTENCIALES
DE ASIGNACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERIA Y SU RELACIÓN CON LA
SEGURIDAD CLÍNICA Y LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE Y DEL PERSONAL DE
ENFERMERÍA**

KATHERINNE ANDREA SANTA ISAZA

Trabajo de grado para optar el título de especialista en gerencia de instituciones
prestadoras de servicios de salud

ASESORA

MARÍA JIMENA ECHEVERRI MONTOYA

UNIVERSIDAD CES

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE IPS

2020

TABLA DE CONTENIDO

1	RESUMEN	6
2	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	7
2.1	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
2.2	JUSTIFICACIÓN	9
2.3	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	10
3	MARCO TEÓRICO	11
3.1	MARCO CONCEPTUAL	11
3.1.1	Enfermería	11
3.1.2	Enfermero profesional	11
3.1.3	Enfermero especialista	12
3.1.4	Auxiliar de enfermería	12
3.1.5	Cuidador formal no profesional	12
3.1.6	Cuidador familiar primario	13
3.1.7	Cuidador familiar secundario	13
3.1.8	Cuidado de enfermería	13
3.1.9	Proceso de Atención de Enfermería (PAE)	13
3.1.10	Modelo de atención de enfermería	14

3.2	MARCO LEGAL	14
3.3	MARCO HISTÓRICO	17
4	OBJETIVOS	24
4.1	OBJETIVO GENERAL	24
4.2	OBJETIVO ESPECÍFICOS	24
5	METODOLOGÍA	25
5.1	ENFOQUE METODOLÓGICO	25
5.2	DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LOS CRITERIOS DE BÚSQUEDA	25
5.3	TÉCNICAS DE BÚSQUEDA	25
5.4	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	25
5.5	PROCESO DE ORDENAMIENTO Y SELECCIÓN DE MATERIAL BIBLIOGRÁFICO	26
5.6	CRITERIO DE ANÁLISIS DE LOS HALLAZGOS Y PROCESAMIENTO	26
5.7	RESULTADOS	26
6	CUERPO DE LA MONOGRAFÍA	27
6.1	EVENTOS DE SEGURIDAD CLÍNICA Y SU RELACIÓN CON LA ASIGNACIÓN DE ENFERMERÍA	27
6.2	SATISFACCIÓN DEL PACIENTE	29
6.3	SATISFACCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA	30
7	CONCLUSIONES	32
8	RECOMENDACIONES	34

1 RESUMEN

El presente documento es una revisión bibliográfica de la literatura disponible sobre los modelos de atención de enfermería administrativos y asistenciales de asignación de personal de enfermería, y su relación con la seguridad clínica, la satisfacción del paciente y del personal de enfermería. A través de esta se identificó la asociación entre el número de paciente asignados por enfermera y los resultados en indicadores de seguridad del paciente.

Asimismo, se estableció la relación entre el cumplimiento de las acciones definidas en las instituciones de salud para la atención de enfermería de calidad con la satisfacción del paciente y el impacto directo de la carga alta de trabajo del personal de enfermería en la satisfacción laboral. Por último, no se encontró evidencia científica en el medio que permita plantear una relación enfermera paciente para nuestro contexto y por lo tanto, el impacto de este en la seguridad clínica y la satisfacción del paciente y del personal de enfermería.

2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El proceso de atención de enfermería está fundamentado en las teorías y actualmente está conformado por las dimensiones directiva, docente, investigativa y asistencial (1).

Durante las primeras décadas del siglo pasado, el conocimiento disciplinar de enfermería se basó en gran parte en el conocimiento médico y, aun teniendo educación universitaria autónoma, esta giró alrededor de las necesidades de llenar el régimen de prescripción médica para el paciente; la modalidad organizativa curricular y los contenidos programáticos de las asignaturas profesionales por áreas de especialización, son comunes hoy en día. Paralelamente, y por algún tiempo (años treinta, cuarenta y cincuenta) otro enfoque contribuyó al desarrollo del conocimiento de enfermería, fue el de manejo administrativo y educativo. (2,3)

Cabe destacar que la profesión ha evolucionado en diferentes ámbitos, con relación a las dimensiones de enfermería, tomando en cuenta que en la asistencial el enfermero tiene como objetivo el cuidado humano, el cual conlleva características que lo identifican y diferencian de otros. Es un acto, actitud y preocupación consciente, bondadosa, amorosa, responsable, intencionada, libre y trascendente que no significa dominación, sino respeto por el otro; implica cuidado de la vida, para la permanencia y trascendencia del ser, valores, deseos y compromiso, conocimiento y acciones; es el ideal moral como fin, protección y engrandecimiento de la dignidad humana (2).

Por otra parte, en el área administrativa el papel principal de una jefe, gerente o gestora en enfermería consiste en planificar, organizar, dirigir y controlar los recursos financieros, humanos y materiales, bajo el propósito de cumplir eficazmente los objetivos de la institución. Así pues, la enfermera que realiza el papel de gestora debe guiar sus actividades a partir de los conocimientos que brindan las ciencias administrativas, la economía y la política, dado que las teorías y los principios relativos a estas disciplinas son necesarias para la práctica administrativa del cuidado de enfermería (4).

Cada día y con mayor frecuencia, las enfermeras desarrollan actividades de carácter administrativo que ocupan la mayor parte de su tiempo. Las entidades de salud han delegado en los profesionales de enfermería la función de garantizar el cumplimiento de los procesos de normalización y estandarización de la calidad, atender las demandas de las normas legales y de auditoría en los servicios, y garantizar el cumplimiento de prescripciones de otros profesionales (5).

En ese sentido, la enfermería integra todas las variables necesarias para un cuidado con calidad en el proceso de atención del paciente. El cuidado a los pacientes, la realización de procedimientos, la administración de medicamentos, la educación y el apoyo al paciente en la adquisición de habilidades para el autocuidado han sido actividades que los profesionales de enfermería han dejado en segundo plano por la priorización de actividades administrativas, lo que podría impactar negativamente en la seguridad del paciente y su satisfacción.

“Las enfermeras para lograr el cuidado integral del paciente buscan que todo salga bien y por esto hacen parte del trabajo de otros profesionales con el fin de evitar demoras en los procesos, errores, complicaciones y garantizar calidad” (6). En consecuencia, se han sumado cada vez con mayor fuerza actividades administrativas y de verificación a las labores de enfermería; sin embargo, “resulta paradójico que estándares de medición que buscan garantizar la calidad del cuidado pueden distanciar a las enfermeras de esta meta” (6).

Enfermería dispone de autonomía en cuanto al saber, es decir, los conocimientos que respaldan una práctica autónoma. Lo que sigue siendo confuso es el ejercicio de la autonomía en cuanto al saber ser (actitud) y al saber hacer (habilidades), pues la adquisición de autonomía conlleva una integralidad, y no concierne solamente a la aplicación de técnicas específicas sin la supervisión de otro profesional, sino que además se refiere a la toma de decisiones, la libertad de acción y la aplicación de criterios en los cuidados otorgados. (7)

Ahora bien, la labor de los auxiliares de enfermería ha tomado un lugar protagónico en el cuidado de los pacientes:

[No obstante,] si se evalúan los aspectos más relevantes como lo son la formación académica, las competencias y las habilidades, son ampliamente diferentes entre un profesional y un auxiliar de enfermería, de igual forma las responsabilidades que se tienen, porque si se habla en términos legales “siempre la responsabilidad será del profesional” dado que son estos los capacitados legalmente para la ejecución de todo tipo de acciones que puedan traer consecuencias en el sujeto de cuidado reglamentado en lo largo y ancho del país en la ley 266-1996. (8)

Por su parte, las instituciones prestadoras de servicios de salud han implementado modalidades de atención en las cuales la enfermera tiene un enfoque administrativo, lo que les permite desarrollar mayores habilidades gerenciales y de liderazgo. El cumplimiento de las acciones operativas ha quedado delegado a auxiliares de enfermería, lo cual ha posibilitado una disminución de los costos de atención. Con esta forma de trabajo se ha perdido participación de los profesionales de enfermería

en la asistencia directa a los pacientes, se han creado brechas y ha disminuido la calidad con la cual se ejecuta el cuidado como la principal actividad de enfermería.

En la actualidad, algunas instituciones de salud han adoptado modelos de atención de cuidado de enfermería, donde se asigna un enfermero a la atención directa de los pacientes, y se destina a los auxiliares de enfermería a las actividades de apoyo. En estos modelos de atención se da a los profesionales un papel protagónico en la atención de los pacientes. Por ende, se hace necesario en este escenario analizar el impacto que las múltiples actividades delegadas a enfermería y la asignación cada vez mayor de pacientes tienen en los resultados de la atención, explícitamente en la seguridad y la satisfacción tanto de los pacientes como del personal de enfermería.

2.2 JUSTIFICACIÓN

Hoy en día, las organizaciones de salud tienen una necesidad evidente de realizar transformaciones para dar respuesta a nuevas exigencias del medio y los usuarios. “En todo proceso de cambio es impredecible una adecuada planificación y gestión del cambio, para garantizar la implicación de los profesionales que lo harán realidad, para conseguir unos resultados óptimos” (9).

Por otro lado, en el proceso de evolución es importante que los profesionales direccionen su preocupación a descubrir el por qué y el cómo realizar la práctica de enfermería, armonizando el cuidado y la gerencia, siendo indispensable orientar el cuidado en las teorías de una práctica no mecanicista, sino con un espíritu enfocado en la solidaridad y el respeto a la integralidad del ser humano.

Si se hace énfasis concretamente en el contexto hospitalario, el liderazgo clínico para las enfermeras se hace imprescindible (10), de modo que la enfermera lidere e integre todo el equipo de trabajo en torno al paciente. Sin embargo, para lograrlo es necesario que se tenga convencimiento de su importancia y la disposición para el aprendizaje y la adaptación a nuevos modelos de trabajo. “La competencia en el liderazgo favorece la participación, la creatividad y, por lo tanto la implementación del cambio” (11); además, es fundamental el reconocimiento del sentido real de la profesión para no incurrir en desviaciones. Al comprender la manera en que se plantean las nuevas modalidades de atención de enfermería, que han surgido de las necesidades de los pacientes, las instituciones y el sector salud, es posible comprender la proyección que tiene la profesión. Es importante, igualmente, dar un lugar a las necesidades propias de quienes ejercen la enfermería.

En ese orden de ideas, en una práctica ideal con enfoque de cuidado directo se esperaría encontrar “interacción directa del personal de enfermería con los

pacientes, familias y grupos de personas para promover la salud o bienestar y mejorar la calidad de vida. Una práctica caracterizada por mantener una perspectiva holística desde el manejo de una enfermería avanzada del estado de la salud y de la enfermedad” (7), enfermería asistencial con cuidados de mayor complejidad y un pensamiento crítico en la toma de decisiones en la valoración y la planificación de los cuidados (12).

De acuerdo con lo anterior, resulta preciso realizar una revisión bibliográfica para comprender el enfoque de los modelos de atención administrativos y asistenciales de enfermería actuales, conocer sus características, para identificar cómo se está transformando la práctica de la profesión, y cuál es el impacto que están teniendo en los resultados. Así, al examinar las funciones que desde una perspectiva de cuidado de enfermería deberían priorizarse se puede analizar su viabilidad en la vida práctica y su impacto en los sistemas de salud. Este tema es de vital importancia para el desarrollo de la enfermería, puesto que la práctica actual de la profesión requiere un enfoque claro, que dé respuesta a las exigencias tanto externas como internas, que evite generar pérdida de la identidad de la profesión y desviaciones en la práctica.

2.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles es la relación existente entre los modelos administrativos y asistenciales de asignación de Enfermería con la seguridad clínica y la satisfacción del paciente y el personal de Enfermería?

3 MARCO TEÓRICO

3.1 MARCO CONCEPTUAL

3.1.1 Enfermería

Durante la administración de cuidados, es esencial proporcionar un servicio específico según los estándares de la práctica enfermera y seguir un código ético (ANA, 2015). La práctica profesional abarca el conocimiento de las ciencias sociales y conductivas, las ciencias biológicas y fisiológicas, así como las teorías de enfermería. Además, la práctica enfermera incorpora valores éticos y sociales, autonomía profesional y un sentido de compromiso y comunidad (ANA 2010b). La siguiente definición, tomada de la American Nurses Association (ANA), ilustra el sólido compromiso de los profesionales de enfermería de proporcionar cuidados que fomenten el bienestar de los pacientes y la comunidad (ANA, 2010b). La enfermería es *protección, promoción y optimización de la salud y las capacidades, la prevención de la enfermedad y la lesión, el alivio del sufrimiento mediante el diagnóstico y el tratamiento de la respuesta humana, así como la defensa del cuidado de los individuos, sus familias, comunidades y poblaciones* (ANA, 2010b). El International Council of Nurses (ICN) (INC, 2014) da otra definición: *la enfermería reúne los cuidados autónomos y colaborativos de individuos de todas las edades, sus familias, grupos y comunidades, sanos o enfermos, discapacitados y pacientes terminales. La defensa, la promoción de un entorno seguro, la investigación, la participación en la elaboración de una política de asistencia sanitaria y la gestión de los sistemas de asistencia sanitaria y hospitalización, así como la educación, también constituyen funciones clave del profesional de enfermería.* (13)

3.1.2 Enfermero profesional

El enfermero es una persona que ha completado un programa de educación básica general en enfermería y está autorizada por la autoridad reguladora pertinente para ejercer la enfermería en su país. La formación básica en enfermería es un programa de estudio reconocido formalmente que proporciona una base amplia y sólida en las ciencias del comportamiento, la vida y la enfermería para la práctica general de la profesión, así como para un papel de liderazgo y para la formación post básica para una especialidad o la práctica de la enfermería avanzada. La enfermera está preparada y autorizada a llevar a cabo el ámbito general de la práctica de la enfermería, incluida la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el cuidado de las personas con enfermedades físicas, mentales y discapacitadas de todas las edades y en todos los entornos de atención de salud y otros contextos de la comunidad; impartir enseñanzas en materia de atención de salud; participar plenamente como miembro del equipo de salud; supervisar y formar a auxiliares de enfermería y de salud; y participar en la labor de investigación. (14)

Como cuidador ayuda a sus pacientes a mantener y recuperar la salud, a tratar la enfermedad y sus síntomas y a alcanzar el mayor grado de funcionalidad e independencia posible durante el proceso de curación. Posibilita la curación empleando sus habilidades psicomotrices e interpersonales. La curación supone algo más que una mejora del bienestar física. Debe cubrir todas las necesidades de salud del paciente mediante la aplicación de medidas que restablezcan el bienestar emocional, espiritual y social del paciente. Como cuidador ayuda a los pacientes y sus familias a establecer objetivos realistas y a alcanzarlos. (13)

3.1.3 Enfermero especialista

Enfermero que han obtenido, mediante una formación especializada y regulada a nivel nacional, una mayor cualificación y capacitación para el ejercicio profesional en un área de la práctica del cuidado específica, que requiere conocimientos, habilidades y actitudes, que no proporciona la formación de grado, para mejorar la seguridad y calidad de los cuidados, y actuando como motor o promotor de mejoras en el área correspondiente en la que actúa. (15)

“La incorporación de los perfiles de especialistas supone un valor añadido para alcanzar la excelencia en el cuidado en el contexto donde se desarrolle la especialidad” (15). “Un profesional de enfermería especialista es un EPA experto en un área especializada. La especialidad puede venir dada por la población atendida, un ámbito, una enfermedad concreta, un tipo de cuidado o un tipo de problema. (National CNS Competency Task Force, 2010)” (13).

3.1.4 Auxiliar de enfermería

Personal de salud con formación técnica, cuyas funciones son asistir al personal profesional (médicos y enfermeros) en sus labores. La asistencia no solo se limita a las funciones estrictamente asistenciales y de confort del paciente, sino que también se incluye el apoyo administrativo y, en menor medida, la colaboración en actividades docentes y de investigación.

3.1.5 Cuidador formal no profesional

Es toda aquella persona que preste sus servicios en el cuidado a personas dependientes, recibiendo una remuneración económica por los servicios prestados y sin una formación específica. El cuidador formal realiza las mismas funciones en relación al cuidado del familiar y suponen un recurso de apoyo, ayuda o sustitución del cuidador principal. El hecho de cuidar se concreta en la realización diaria de múltiples y variadas actividades de prestación de ayuda y/o atención. (16)

3.1.6 Cuidador familiar primario

Es la persona que asume la total responsabilidad del proceso de cuidado. Generalmente es un familiar de la persona cuidada. Se caracteriza por no disponer de una formación específica para el desempeño de las tareas del cuidar, no recibir remuneración económica por la labor realizada, tener un grado elevado de compromiso hacia la tarea, con un alto grado de afecto y responsabilidad.

El cuidador familiar, ofrece a menudo, una atención sin límites de horarios, que puede llegar, cuando la enfermedad evoluciona con gran dependencia, a la necesidad de cuidados las 24 horas los 365 días del año. (16)

3.1.7 Cuidador familiar secundario

“Es la persona que brinda apoyo al cuidador familiar primario, este apoyo es sobre todo de tipo instrumental y emocional. Aun cuando los cuidadores secundarios no tienen la responsabilidad del cuidado ayudan de forma clara al cuidador principal. El cuidador secundario es uno de los elemento de soporte familiar más importante” (16).

3.1.8 Cuidado de enfermería

“Relación de ayuda a la persona, familia y grupos comunitarios con el fin de promover la salud, prevenir la enfermedad, intervenir en la rehabilitación y aliviar el dolor. En el proceso de conceptualización del cuidado se han identificado dimensiones como la interacción, la participación, el afecto y la ética como esenciales en el acto de cuidar” (17).

La función única de las enfermeras en el cuidado de las personas, enfermas o sanas, consiste en evaluar sus respuestas ante su situación de salud y ayudarlas a realizar aquellas actividades que contribuyan a la salud, a la recuperación o a una muerte digna que ellas mismas realizarían sin asistencia si tuvieran la suficiente fortaleza, voluntad o conocimientos para hacerlo, con el fin de ayudarlas a obtener una independencia total o parcial lo más rápidamente posible. (14)

3.1.9 Proceso de Atención de Enfermería (PAE)

Se define como un método sistemático, ya que es secuencial, cíclico, y controlado con el objetivo de administrar el cuidado de enfermería, considerado de vital importancia por ser uno de los más importantes sustentos metodológicos en el reconocimiento de enfermería como disciplina el proceso

de atención de enfermería es la aplicación del método científico en la práctica asistencial.

Desde que la American Nurse Association en 1973 publicó los estándares para el proceso, cobró importancia la aplicación del método científico en la práctica asistencial, convirtiéndose en la herramienta para desarrollar las actividades propias de enfermería, actividades enfocadas en su objeto de estudio, el cuidado.

En la actualidad a nivel mundial el proceso de enfermería ha sido aceptado como el marco de la práctica de enfermería, garantizando mediante este proceso cuidados de enfermería idóneos. Emula los pasos del método científico, con el objetivo principal de establecer una estructura para intervenir mediante actividades las necesidades reales o potenciales del paciente, las cuales una vez aplicadas y evaluadas, permiten la retroalimentación para re direccionarlas en función de alcanzar una mayor efectividad. La aplicación del proceso de enfermería (PAE), fomenta el pensamiento crítico, la investigación y el desarrollo de conocimientos propios que le aportan autonomía a la profesión y sustenta el quehacer científico de la misma. (18)

3.1.10 Modelo de atención de enfermería

Son modelos conceptuales, representan una carta de navegación para la práctica de enfermería que evita que ésta se base en preconcepciones, intuiciones, rutinas y rituales, refuerzan la identidad de las enfermeras, al crear un pensamiento y un lenguaje compartido entre quienes las siguen, refuerzan la importancia del ser humano como centro de atención para el cuidado y, de esta manera, permiten identificar con mayor claridad cuál es la contribución de las enfermeras, como parte de un equipo interdisciplinario, a los servicios de salud. (5)

3.2 MARCO LEGAL

LA LEY 266 DE 1996 POR LA CUAL SE REGLAMENTA LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES, en su ARTÍCULO 1o. OBJETO. Reglamenta el ejercicio de la profesión de enfermería, define la naturaleza y el propósito de la profesión, determina el ámbito del ejercicio profesional, desarrolla los principios que la rigen, determina sus entes rectores de dirección, organización, acreditación y control del ejercicio profesional y las obligaciones y derechos que se derivan de su aplicación.

ARTÍCULO 3o. DEFINICIÓN Y PROPÓSITO. 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. Define la enfermería como 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.

Fundamenta su práctica en los conocimientos sólidos y actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas y en sus propias teorías y tecnologías.

Tiene como fin dar cuidado integral de salud a la persona, a la familia, la comunidad y a su entorno; ayudar a desarrollar al máximo los potenciales individuales y colectivos, para mantener prácticas de vida saludables que permitan salvaguardar un estado óptimo de salud en todas las etapas de la vida.

ARTÍCULO 4o. ÁMBITO DEL EJERCICIO PROFESIONAL. El profesional de enfermería ejerce su práctica dentro de una dinámica interdisciplinaria, multiprofesional y transdisciplinaria, aporta al trabajo sectorial e intersectorial sus conocimientos y habilidades adquiridas en su formación universitaria y actualizados mediante la experiencia, la investigación y la educación continua. El profesional de enfermería ejerce sus funciones en los ámbitos donde la persona vive, trabaja, estudia, se recrea y se desarrolla, y en las instituciones que directa o indirectamente atienden la salud.

ARTÍCULO 14. REQUISITOS PARA EL REGISTRO. La Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, ANEC, registrará como profesionales de enfermería a quien cumpla los siguientes requisitos:

1. Acredite título universitario de enfermera expedido por una institución de educación superior universitaria colombiana, reconocida por el Gobierno Nacional, o 2. Acredite la convalidación del título universitario de enfermera, expedido por universidad extranjera que corresponda a estudios universitarios de enfermería, o 3. Quien con anterioridad a la vigencia de la presente Ley haya obtenido tarjeta como profesional universitario de enfermería, expedida por el Ministerio de Salud, o las secretarías de salud respectivas.

ARTÍCULO 17. LAS COMPETENCIAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN COLOMBIA De acuerdo con los principios, definición, propósito, ámbito y naturaleza social del ejercicio y para efectos de la presente Ley, el profesional de enfermería ejercerá las siguientes competencias:

1. Participar en la formulación, diseño, implementación y control de las políticas, programas, planes y proyectos de atención en salud y enfermería.
2. Establecer y desarrollar políticas y modelos de cuidado de enfermería en concordancia con las políticas nacionales de salud.
3. Definir y aplicar los criterios y estándares de calidad en las dimensiones éticas, científicas y tecnológicas de la práctica de enfermería.
4. Dirigir los servicios de salud y de enfermería.
5. Dirigir instituciones y programas de atención primaria en salud, con prioridad en la atención de los grupos más vulnerables de la población y a los riesgos prioritarios en coordinación con los diferentes equipos interdisciplinarios e intersectoriales.
6. Ejercer responsabilidades y funciones de asistencia, gestión, administración, investigación, docencia, tanto en áreas generales como especializadas y aquellas conexas con la naturaleza de su ejercicio, tales como asesorías, consultorías y otras relacionadas. (19)

EI DECRETO 3616 DE 2005, POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECEN LAS DENOMINACIONES DE LOS AUXILIARES EN LAS ÁREAS DE LA SALUD, SE ADOPTAN SUS PERFILES OCUPACIONALES Y DE FORMACIÓN, LOS REQUISITOS BÁSICOS DE CALIDAD DE SUS PROGRAMAS Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES: En el ARTÍCULO 1o.- OBJETO. tiene por objeto establecer las denominaciones del personal auxiliar en las áreas de la salud, definir sus perfiles ocupacionales y de formación y los requisitos básicos para el funcionamiento de sus programas, con el fin de garantizar la calidad en su formación.

ARTÍCULO 3o.- PERSONAL AUXILIAR EN LAS ÁREAS DE LA SALUD. A partir de la entrada en vigencia del decreto, serán considerados como personal auxiliar en las áreas de la salud los Auxiliares en Enfermería

ARTÍCULO 5o.- DEL CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL. Los perfiles ocupacionales para el personal auxiliar en las áreas de la salud, estarán reconocidos mediante un Certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias, al cual se antepondrá la denominación "Auxiliar en enfermería".

Para obtener el Certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias se requiere haber alcanzado todas las competencias laborales obligatorias y una competencia laboral opcional de las contempladas en la estructura curricular de cada uno de los perfiles.

ARTÍCULO 7o.- ESCENARIOS DE PRÁCTICA. Cuando el programa requiera convenios de docencia – servicio, los escenarios de práctica deberán cumplir con lo establecido en el Acuerdo 003 del 2004 del Consejo Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud y en el Decreto 190 de 1996 o la norma que los modifique, adicione o sustituya.

Los criterios de desempeño, rangos de aplicación y evidencias contenidos en el anexo técnico que forma parte integral del presente decreto, deben ser tenidos en cuenta para la selección y justificación de los escenarios de práctica. (20)

Ley 911 EL CÓDIGO DEONTOLÓGICO DEL CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS (CIE) PARA LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA en el año 2012 adoptó un código internacional de ética para la profesión de enfermería tiene cuatro elementos principales que ponen de relieve las normas de conducta ética. Los elementos del código son: La enfermera y las personas, la enfermera y la práctica, la enfermera y la profesión y la enfermera y sus compañeros de trabajo. (21)

3.3 MARCO HISTÓRICO

El desarrollo de la enfermería como profesión, en los diferentes ámbitos, ha tenido diferentes etapas:

En cuanto al desarrollo teórico y epistemológico de la enfermería Margaret Newman y Afaf I. Meleis coinciden en apreciar que durante las primeras décadas del siglo pasado, el conocimiento disciplinar de enfermería se basó en gran parte en el conocimiento médico y que, aun teniendo educación universitaria autónoma, esta giró alrededor de las necesidades de llenar el régimen de prescripción médica para el paciente; podríamos sugerir, que la modalidad organizativa curricular y los contenidos programáticos de las asignaturas profesionales por áreas de especialización, son comunes hoy en día. Paralelamente, y por algún tiempo (años treinta, cuarenta y cincuenta) otro enfoque que contribuyó al desarrollo del conocimiento de enfermería fue el de manejo administrativo y educativo. Este periodo cambió la pregunta sobre cómo atender al paciente y asegurar el régimen médico, hacia cuál currículo plantear para educar mejor a las enfermeras, y cómo enseñarlo. Igualmente, se relacionó con los roles funcionales para los cuales debía estar preparada la enfermera. Por tanto, mucho del interés y énfasis curricular y de preparación de los docentes de enfermería tuvo que ver con contenidos administrativos, pedagógicos, didácticos, disciplinas que manejan conocimientos útiles para enfermería, pero que no son conocimiento de enfermería, y nuevamente la propuesta de Nightingale quedó relegada a un segundo o tercer plano.

La etapa de educación y administración fue importante para el posterior desarrollo teórico, ya que generó preguntas tales como: ¿qué es enfermería?, ¿cuál es la diferencia del cuidado que brinda una enfermera con el que brinda una auxiliar de enfermería?, ¿cuál es la diferencia entre enfermería y medicina?, y otras tantas que urgieron a las enfermeras a articular el núcleo teórico de enfermería. De acuerdo con Meleis, esta etapa aligeró el camino para el desarrollo teórico posterior, a pesar de no haber tenido en cuenta, por sí misma, el conocimiento disciplinar.

[...] Finalmente, los primeros años de la década de los sesenta dieron apertura a lo que se puede considerar el desarrollo teórico de enfermería. Muchos esfuerzos se dieron en esta década a partir de los académicos, el soporte y la financiación de la investigación, y el reconocimiento de las publicaciones científicas, hechos que fueron fundamentales para el giro que dio la disciplina de enfermería, pero sobre todo para la mejor comprensión de la necesidad de la utilización de la teoría, generación y validación de la misma para garantizar la autonomía de la práctica disciplinar.

[...] La teoría es un elemento esencial para el desarrollo de las disciplinas, y es componente primario del conocimiento disciplinar. Son numerosas las autoras que han clarificado el concepto, y éste depende básicamente de la utilización que se pretenda para la teoría como se puede apreciar en Ellis, McKey, Hardy, Jacox, Fawcett, Meleis, Stevens, citadas por De Villalobos y Chinn y Kramer, Burns y Grove, así mismo, explican cómo para validar los hechos del mundo empírico de enfermería se requiere el desarrollo teórico que, junto con el desarrollo de la ciencia de enfermería, generarán el conocimiento disciplinar necesario para garantizar la autonomía de la práctica clínica.

Villalobos aclara que este proceso generador de conocimiento debe producirse a partir del pensamiento abstracto porque las respuestas a las preguntas del conocimiento se generan a partir de la abstracción.

En síntesis, podemos asegurar que la teoría es uno de los componentes de la estructura del conocimiento que nos permite dar sentido al mundo empírico y, por tanto, entender de una manera más coherente y controlada nuestra práctica.

[...] Se puede afirmar que la teoría es el componente que da forma e identificación a la disciplina, y que las teorías que esta utiliza deben estar impregnadas por las clarificaciones de los supuestos básicos y los valores compartidos por las enfermeras que, en última instancia, definen los resultados y el propósito de la práctica. Dicho de otra manera, clarifica la complejidad intelectual y la interacción de los elementos del dominio de enfermería, lo que permite plantear investigación relevante y aplicable a la práctica, situación que hace la diferencia entre una práctica de cuidado experta y coordinada y la mera

ejecución de tareas sin conexión o delegadas de la práctica médica, por más sofisticadas que estas sean.

1. Permiten identificar estándares para la práctica, ya que la teoría razona sobre las mejores opciones y estrategias que se deben tener en cuenta al determinar las intervenciones de cuidado.

2. Identifican ambientes en donde la práctica de enfermería debe ocurrir, y las características de los recipientes del cuidado de enfermería, ya que la teoría no es universal, más bien apunta a comprender fenómenos o situaciones determinados facilitando su comprensión y resolución, en un momento dado.

3. Identifican los diversos procesos de enfermería y las tecnologías que deben utilizarse para la práctica, incluyendo instrumentos de valoración, etiquetas sobre los problemas de los pacientes o usuarios del cuidado, estrategias de intervención y criterios para la evaluación de los resultados del cuidado.

4. Dirigen las formas de prestación de servicios de enfermería porque, junto con los elementos filosóficos, proveen marcos de referencia para el cuidado y las diversas formas de atención que puede brindar enfermería.

5. Sirven de base para los sistemas de información que requiere enfermería para la toma de decisiones fundamentales para el cuidado.

6. Dan forma a los programas de aseguramiento de la calidad de los servicios de enfermería que son consecuencia o resultado del desarrollo de los puntos anteriores.

Como se puede deducir, sin hacer aclaraciones adicionales, la teoría junto con la investigación pueden ser los agentes de cambio que permitan a enfermería no solo sustentar la práctica, sino proponer cambios para reevaluar los modelos de prestación de servicios que realmente se ajusten a las necesidades de los usuarios de las empresas que gestionan las necesidades de salud de la gente, es decir, modificar con evidencias las decisiones sobre políticas de salud”.

[...] La teoría puede explicarse desde tres puntos de vista que se notan claramente, tanto en la literatura como en el lenguaje cotidiano de las enfermeras:

- a) La diferencia semántica y estructural de los modelos conceptuales y las teorías, que así mismo tiene que ver con la jerarquía de abstracción, como lo propone Fawcett.

- b) La utilización de teoría propia y de teoría prestada,

c) El surgimiento de la teoría de rango medio y la teoría práctica.

[...] De acuerdo con Meleis, la teoría es: una articulación organizada, coherente y sistemática, de una serie de definiciones que se relacionan de forma coherente con los cuestionamientos de una disciplina y que se articulan en un todo significativo. Es una descripción simbólica de aspectos de la realidad que se descubren o inventan para describir, explicar, predecir o prescribir eventos, situaciones, respuestas, condiciones o relaciones. Las teorías manejan conceptos relacionados con los fenómenos de la disciplina. Estos conceptos se relacionan entre sí dando forma a las proposiciones teóricas.

La teoría de enfermería la define la misma autora, como: la conceptualización de algún aspecto de la realidad de enfermería que se propone con el fin de describir y explicar los fenómenos, y de mostrar las relaciones entre fenómenos, predecir consecuencias o prescribir el cuidado de enfermería. Las teorías de enfermería son los depósitos en donde se almacenan o guardan los hallazgos sobre los conceptos que maneja enfermería tales como, comodidad, sanación, recuperación, movilidad, descanso, cuidado, fatiga, cuidado familiar, ayudar a ser capaz de, transiciones, tristeza, dolor, insomnio. También son los depósitos en donde se acumulan las respuestas para los fenómenos significativos de la práctica, tales como niveles de cognición posaccidente cerebrovascular, procesos de recuperación, rechazo a un régimen de rehabilitación posinfarto del miocardio, admisiones concurrentes, para mencionar algunos ejemplos.

[...] Sin duda alguna los modelos conceptuales y las teorías fueron piedra angular para el futuro de la teoría; jugaron y continúan jugando un papel definitivo en el proceso de pensamiento y desarrollo teórico de enfermería ya que generaron y reforzaron la identidad profesional de la disciplina. Así mismo, se consideran como los elementos disciplinares que dieron nacimiento a la teoría. Y existen numerosas teorías de menor amplitud que se han derivado de los modelos conceptuales y las grandes teorías, pero en gran parte del medio de enfermería ha existido cierta resistencia para su utilización. La primera razón, que es poco válida y que es imposible referir por ausencia de literatura pertinente, toca con expresiones como las siguientes: los modelos conceptuales y las teorías no se pueden aplicaren la práctica porque son muy confusos, o utilizan lenguaje sofisticado que no es comprensible, o son muy abstractos y no es posible operacionalizarlos con facilidad y en nuestro medio, en especial, porque se asegura que con tanto paciente es imposible aplicar un modelo o teoría. Estas razones son totalmente inválidas, pero hasta cierto punto no se pueden ignorar porque tal vez han sido una oportunidad para la generación y el éxito de las teorías de mediano rango (TRM).

[...] TRM sobrepasa las posibilidades de la descripción y explicación pudiendo llegar a proponer teorías productoras de situaciones, o sea teorías prescriptivas. Pero la esencia de la TRM radica en la posibilidad de sus

fundamentos empíricos de relacionarse a través de codificaciones objetivas. Consistentemente con lo planteado, enfermería ha determinado las características de la TRM como sigue:

1. Limitada amplitud, ya que aunque suficientemente general dado que los fenómenos de interés se pueden utilizar en múltiples situaciones, ofrece acceso a la solución de problemas clínicos de forma deliberativa y fácil de comprender.
2. Relacionadas con fenómenos concretos y específicos, pero que atraviesan de manera transversal numerosos fenómenos de enfermería. Esta característica se relaciona con la anterior, y los ejemplos facilitan apreciar su significado. La teoría de síntomas desagradables de Lenz y cols, tiene que ver con síntomas como el dolor, la disnea, la fatiga y la náusea. Estos síntomas pueden aparecer en numerosas situaciones, con pacientes de cualquier edad. Es decir, la teoría es útil para solucionar numerosos problemas de la práctica y como referente para la investigación. La teoría de la Incertidumbre de Mishel, la cual se presentó inicialmente como incertidumbre ante la enfermedad crónica, y posteriormente se planteó para situaciones agudas. Esta nueva posibilidad permitió utilizar la teoría en múltiples circunstancias, que, como se señala en esta segunda característica, puede trabajarse transversalmente.
3. Compuestas por pocos conceptos y proposiciones. Esta característica va de la mano con la sencillez de la teoría. El número de conceptos facilita la comprensión y operacionalización de estos, y genera proposiciones que son susceptibles de llevarse a la prueba empírica. Esta característica es muy importante porque a partir de ella se puede generar la teoría productora de situaciones o teoría prescriptiva ya que el limitado número de proposiciones conduce a una capacidad de control muy superior que con las descripciones complejas que se suceden cuando existen numerosos conceptos imposibles de delimitar con indicadores empíricos y, por tanto, muy difíciles de observar empíricamente. Así mismo, esta característica hace que la estructura de la teoría sea mucho más fácil de comprender y se comporte con agilidad.
4. Apropriadas para la prueba empírica, sin ser meras consideraciones empíricas.
5. Aplicables directamente en la práctica e investigación. Estas dos características se derivan de tres anteriores descripciones, porque gracias a la facilidad de manejo de la TRM es utilizable en la práctica dando forma a varias expresiones de esta como son intervenciones a partir de diagnósticos, elaboración de guías y protocolos clínicos, definición de estándares de cuidado y otros indicadores empíricos que expresan las características de la práctica. De la misma forma, en la investigación son útiles como marcos teóricos y de referencia, por la facilidad de articulación con indicadores

empíricos, bien sean estos derivados de esquemas cualitativos o cuantitativos.

6. Manejan lenguaje genérico utilizado en la práctica. Ejemplo de esto son los títulos de algunas teorías: síntomas desagradables, incertidumbre, afrontamiento, transiciones, tristeza crónica, dolor agudo y efectos colaterales. Como se puede ver, esta es la terminología del diario vivir de la práctica, es la que utilizamos cuando cuidamos, es comprensible para todas las enfermeras. (3,22)

La identidad profesional de la Enfermería se enriquecerse permanentemente con una formación académica de calidad y un desarrollo permanente de sus competencias laborales. Las acciones Enfermería van más allá de los procedimientos y las rutinas clínicas diarias, puesto que, se pretende dar respuesta a numerosos problemas que surgen en la interacción con los pacientes, sus familias y los demás profesionales que comparten sus entornos de actividad. La Enfermería como disciplina y la enfermera como la persona que desarrollo el oficio profesional, encuentran en la investigación y la docencia dos campos abiertos para la actualización, el perfeccionamiento y la distribución social de los conocimientos. Al investigar, una enfermera no se queda solo en el espacio del consultorio o de la clínica, sus saberes se dimensionan en términos de cualificación y especialización calificada. La docencia le permite participar en procesos de aprendizaje social, de tal modo que participe en la formación de otros profesionales y en el mejoramiento continuo de los programas de pregrado y posgrado. (23)

Hoy, la enfermera, producto de su peso histórico y provista de nuevas capacidades de análisis y reflexión, es capaz de demostrar su insatisfacción, relacionada principalmente con la valoración de su status profesional, aspectos técnicos, intelectuales, educativos y formativos de la profesión: el principio de igualdad de remuneración, la necesidad de justipreciar la profesión, los problemas de delegación, las condiciones de trabajo, la formación profesional, el desarrollo de la carrera profesional, la participación, el riesgo laboral y la dependencia médica. (24)

En las últimas décadas, gran parte de los profesionales de enfermería ha experimentado un cambio revolucionario, partiendo del paradigma médico y tecnológico dominante (visión lineal o particular determinista), la enfermería ha empezado a articular valores que enfatizan lo humano en el proceso de cuidado. También reconoce que la experiencia humana va más allá de lo cuantificable, observable y conocible y, subsecuentemente valora los elementos inefables de la relación enfermera-paciente. Se evidencia el paso de una visión de mundo netamente particular determinista a una visión interactiva-integrativa y unitaria transformativa. (25)

La praxis de la enfermería deberá reflejar la naturaleza de la disciplina y representar su autonomía. Su futuro se identificará con acciones de cuidado independiente frente a las respuestas humanas de los individuos (familia y/o comunidad), los factores que amenazan su bienestar y propician la evolución de la enfermedad expresadas en alteraciones reales o potenciales de los patrones funcionales de salud que afectan necesidades básicas y cuya cobertura recae plenamente en el campo de actuación de la enfermera profesional. (25)

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

- Analizar la relación existente entre la asignación del personal de Enfermería con la seguridad clínica y la satisfacción del paciente y del personal de enfermería, según la literatura disponible.

4.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS

- Realizar una revisión de la literatura disponible que permita describir la relación existente entre la asignación de personal de Enfermería con la seguridad clínica y la satisfacción del paciente y del personal de enfermería
- Evaluar el nivel de evidencia de la literatura disponible acerca del impacto que tiene el número de pacientes asignados por enfermera en los resultados del cuidado.
- Interpretar la información encontrada en la literatura disponible sobre los efectos que tiene la carga de trabajo en el personal de Enfermería, en la seguridad clínica y la satisfacción del paciente y del personal de Enfermería.

5 METODOLOGÍA

5.1 ENFOQUE METODOLÓGICO

Revisión sistemática de la literatura sobre los modelos administrativos y asistenciales de asignación del personal de Enfermería y su relación con la seguridad clínica y la satisfacción del paciente y del personal de enfermería.

5.2 DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LOS CRITERIOS DE BÚSQUEDA

Revisión sistemática de la literatura, para el periodo temporal comprendido desde el año 2010 hasta 2019, en las siguientes bases de datos: ScienceDirect, Medscape, ClinicalKey, Dialnet, Google académico, Ovid, Pubmed y Scielo.

5.3 TÉCNICAS DE BÚSQUEDA

Búsqueda electrónica de contenido de documentos con siguientes descriptores: enfermería, modelos, práctica, proceso, atención, cuidado y satisfacción en las bases de datos.

5.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Los criterios para la valoración de los estudios de esta revisión se aplicaron a todas las citas (títulos y resúmenes) identificadas en la estrategia de búsqueda. Se consideraron susceptibles de inclusión, en primer término, los siguientes tipos de estudio:

- Los ensayos controlados aleatorios
- Los ensayos clínicos controlados
- Estudios tipo antes y después
- Estudios observacionales analíticos
- Evaluaciones en tecnología

Vale aclarar que en esta revisión no se incluyeron artículos de revisión, opinión, informes, editoriales o estudios con déficit metodológico. No se recurrió a la literatura gris.

5.5 PROCESO DE ORDENAMIENTO Y SELECCIÓN DE MATERIAL BIBLIOGRÁFICO

En este punto, se llevó a cabo la clasificación de la información de interés por título, autor, resumen y resultados, se ordenó la información por grupos de temas, se asignó un nombre a cada grupo. Posteriormente se integró la información de los grupos similares y se priorizó la información más relevante para dar un orden lógico.

5.6 CRITERIO DE ANÁLISIS DE LOS HALLAZGOS Y PROCESAMIENTO

Es de mencionar, en este ámbito, que se realizó el análisis de la información, la síntesis de los elementos significativos y se interpretaron. Del mismo modo, se detallaron criterios que sustentaran orientación de la enfermería hacia el cuidado de los pacientes, basado en el método teórico, histórico y lógico de la bibliografía consultada.

5.7 RESULTADOS

En la búsqueda se encontraron 82 artículos que coincidieran con la búsqueda, se excluyeron 42 artículos para revisión por resumen, se seleccionaron para revisión a texto completo 40 artículos. Todos los estudios fueron evaluados de acuerdo con el diseño metodológico correspondiente. El idioma en el que se hallaron más artículos fue inglés y el área geográfica con mayor producción sobre el tema fue Norteamérica.

6 CUERPO DE LA MONOGRAFÍA

6.1 EVENTOS DE SEGURIDAD CLÍNICA Y SU RELACIÓN CON LA ASIGNACIÓN DE ENFERMERÍA

Resulta necesario indicar que entre los desenlaces, probablemente con mayor peso en la atención en salud, se halla la mortalidad y diferentes estudios cruzan la atención de Enfermería con este desenlace. Linda H y colaboradores, en un estudio realizado en Filadelfia donde participaron 10 184 enfermeras y 232 342 pacientes, tuvieron como resultado que cada paciente adicional por enfermera se asoció con un aumento del 7 % (OR, 1,07; intervalo de confianza [IC] del 95 %, 1,03-1.12) en la probabilidad de morir dentro de los 30 días posteriores al ingreso y cuando se ajustaron las características de la enfermera y el hospital, cada paciente adicional por enfermera se asoció con un 2.3 % de aumento en la probabilidad de muerte (OR, 1.23; 95% IC, 1.13-1.34) (26).

Otro estudio longitudinal multicéntrico en ocho unidades de cuidado intensivo, ubicadas en cuatro hospitales universitarios, que tenían 5 718 pacientes, encontraron que el riesgo de muerte se incrementó en 3,5 (IC del 95 %, 1,3-9,1) cuando la ratio paciente-enfermera era mayor de 2. Las proporciones más altas se produjeron con más frecuencia durante el fin de semana ($p < 0,001$). La alta rotación del paciente (riesgo relativo ajustado, 5,6 [2,0-15,0]) y el volumen de procedimientos de soporte vital realizados por el personal (riesgo relativo ajustado, 5,9 [4,3-7,9]) también se asociaron con una mayor mortalidad (27).

Mientras tanto, en un estudio realizado en un total de 108 salas seleccionadas de 32 hospitales en Taiwán, que pretendía a través del modelo logit de efectos mixtos explorar la relación entre el personal de enfermería y la mortalidad del paciente, se encontró que el OR para la muerte entre el grupo de pacientes que recibieron atención directa de enfermería con mayor disponibilidad de personal ($>$ mediana) y el grupo de pacientes que recibieron atención directa de enfermería con menor disponibilidad de personal (\leq mediana) fue 0.393 (IC 95% = [0.245, 0.617]). El OR por muerte entre el alta ($>$ mediana) y los grupos de mano de obra de enfermería bajos (\leq mediana) fueron 0.589 (IC 95% = [0.381, 0.911]). Después de controlar los factores del nivel hospitalario, la dotación de personal de enfermería (horas de atención directa de enfermería y mano de obra de enfermería) se concluyó que estaba significativamente asociado con la mortalidad de los pacientes. Finalmente, el riesgo de la incidencia de muerte en el grupo de atención de enfermería con alta disponibilidad de mano de obra se encontró que era mucho más bajo que la incidencia de muerte en el grupo con menor personal de enfermería (28).

De igual manera, en otro estudio realizado en 13 hospitales, donde se generó un conjunto de datos de 115 062 turnos, con el objetivo de establecer la asociación entre el personal de enfermería y eventos adversos a nivel de turno se encontró que un mayor censo de pacientes se relacionó significativamente con más caídas (29).

Asimismo, a través de un estudio cuantitativo transversal con participación de Enfermeras (N= 78.673) se analizó la relación entre el número de pacientes por enfermera con los resultados de los indicadores de Enfermería, específicamente para caídas de pacientes, las úlceras por presión, la extubación no planificada, la neumonía adquirida en el hospital y la infección de tracto urinario. Los resultados para caídas revelaron que la relación paciente-enfermera mayor de 11, 10-11, y 8-9 resultaron en valores de OR de 5.14 ($p = .004$), 1.51 ($p = .004$) y 3.59 ($p = .007$) respectivamente, comparados cuando el número de paciente era menor de 7.

En esa medida, el OR para pacientes que desarrollaron úlceras por presión en decúbito aumentaron con la relación paciente-enfermera; en comparación con el OR para relación paciente-enfermera de menor de 7, el OR fue de 1.72 ($p = .000$) cuando las relaciones paciente-enfermera fueron 8-9, 2.21 ($p = .000$) cuando 10-11, y 2.74 ($p = .000$) cuando fue mayor de 11. La comparación del OR para la extubación no planificada cuando la relación paciente-enfermera era menor de 7, el OR fue de 2.40 ($p = .000$) cuando la relación paciente-enfermera fueron 8-9, 3.57 ($p = .000$) cuando 10-11 y 5.58 ($p = .000$) cuando la relación fue mayor que 11.

Por otro lado, la comparación del OR para neumonía adquirida en el hospital, cuando la relación paciente-enfermera era menor de 7, el OR fue 1.60 ($p = .000$), 1.29 ($p = .000$) y 0.86 ($p = .000$), respectivamente, cuando las relaciones paciente-enfermera fueron mayor de 11, 10-11, y 8-9. Para la infección urinaria adquirida en el hospital, el OR fue de 1,62 ($p = .000$), 1.38 ($p = .002$), 1.05 ($p = .002$) cuando las proporciones paciente-enfermera fueron mayor de 11, 10-11 y 8-9 en comparación cuando la relación paciente-enfermera fue menor de 7.

Los indicadores restantes (cerca errores de medicación, errores de medicación y falla de rescate) no difirieron significativamente entre los grupos. De tal forma, los resultados de este estudio indican que las caídas de pacientes, las úlceras por presión, la extubación no planificada, la neumonía adquirida en el hospital y la infección de tracto urinario tienen una correlación positiva con relaciones paciente-enfermera (30).

Igualmente, Shan Gin realizó un análisis de probabilidad de infección y su relación con la carga de trabajo de enfermería, se compararon varias unidades medico quirúrgicas y en los hallazgos se encontró que dos de las ocho unidades observadas donde el 15 % de los días existía una asignación de personal insuficiente, la

probabilidad de adquirir una infección en los dos días siguientes era estadísticamente significativa comparado con otras unidades (31).

Ahora bien, hallazgos sobre la relación entre paciente - enfermeras y los resultados de los pacientes fueron consistentes con aquellos de estudios previos, en los que se registró un aumento de una enfermera por paciente por día, teniendo un significativo y medible efecto sobre la disminución de la neumonía adquirida en el hospital, la extubación no planificada, la insuficiencia respiratoria y riesgo de paro cardíaco (Kane et al., 2007; McGillis et al., 2003; Needleman & Buerhaus, 2003; Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart y Zelevinsky, 2001; Stanton, 2004; Stone et al., 2007).

Vale destacar que la relación paciente-enfermera y la calidad de la atención en hospitales están fuertemente correlacionadas. Rothberg y col. (2005) en análisis de costo-efecto realizado utilizando relaciones paciente-enfermera para comparar expresamente las relacionadas con la muerte del paciente y la duración de la estancia hospitalaria. Sus resultados mostraron que se logró una rentabilidad óptima en una relación paciente-enfermera de 4: 1 (30).

6.2 SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

En estudio transversal multicéntrico se analizaron datos de 1 633 enfermeras registradas que trabajaban en 132 servicios médicos, quirúrgicos y mixtos de 35 hospitales de Suiza. El propósito de este fue explorar la relación entre el clima de seguridad del paciente, incluyendo entre otras variables la planificación de recursos humanos en enfermería y la calidad de la práctica de enfermería con la frecuencia de ocurrencia de eventos adversos informados y el nivel de satisfacción del paciente. La proporción enfermera/paciente se midió calculando la relación entre el número total de pacientes y el número total de enfermeras en la unidad durante el turno (32).

De igual manera, se evaluaron, entre otras variables, el racionamiento implícito del cuidado de enfermería, entendido como el incumplimiento de las medidas de enfermería definidas y necesarias para la adecuada atención de los pacientes o falta de ejecución de tareas específicas de enfermería. Con base en ello, se encontró que la relación paciente-enfermera no se asoció con los resultados en la satisfacción del paciente. De acuerdo con lo anterior, el predictor más fuerte en todos los modelos fue el racionamiento implícito del cuidado de enfermería; específicamente, un aumento de unidad de un punto en el racionamiento de las puntuaciones de atención de enfermería se asoció con un aumento del 72 % en la probabilidad de que los pacientes recomienden o probablemente no recomienden el hospital a familiares y amigos (32).

Asimismo, en un estudio descriptivo en el que se compararon datos de 984 historias de pacientes, 2 469 encuestas a pacientes y 1 886 encuestas a profesionales del estudio SENECA, con 2 139 encuestas a enfermeras del estudio RN4CAST, se compararon datos de eventos adversos relacionados con los cuidados, percepción de la seguridad del paciente y de los profesionales, con el ambiente de trabajo (medido mediante el *Nursig Work Index*) y el burnout (mediante el Maslach Burnout inventory), se estableció que las instituciones con un entorno laboral favorable en las dimensiones, relación enfermera-médico, con fundamentos enfermeros para cuidados con calidad, con participación de la enfermera en cuestiones del hospital y satisfacción laboral, se relacionan con una mayor percepción de los pacientes sobre la seguridad de los cuidados (33), lo cual puede impactar directamente en la satisfacción de los pacientes.

6.3 SATISFACCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

En una encuesta dirigida a enfermeras realizada en Canadá, sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales, estas respondieron en su mayoría que el ambiente en el que se prestaba el cuidado era un elemento crucial en el aumento o la disminución del riesgo para los pacientes. Como problemas de seguridad identificaron, entre otros, la carga de trabajo y los recursos humanos (34).

Además, el *Institute of Medicine of the National Academies* (35) estableció que el ambiente en el que las enfermeras desempeñan su trabajo se caracteriza por presentar serias amenazas para la seguridad del paciente. Estas amenazas se relacionan con la gestión y la organización de los recursos humanos, con la manera de diseñar el trabajo, y con la cultura de la organización (36,33).

De tal forma, en el estudio descriptivo mencionado en el que se compararon datos del estudio SENECA con los del estudio RN4CAST, se encontró que las instituciones con un entorno laboral favorable en las dimensiones, relación enfermera-médico, con fundamentos enfermeros para cuidados con calidad, con participación de la enfermera en cuestiones del hospital y satisfacción laboral, generan menor agotamiento emocional y despersonalización de los profesionales (33).

En cuanto a la relación entre la percepción de los pacientes sobre la seguridad de los cuidados (SENECA) y la percepción de las enfermeras (RN4CAST), se notó que los aspectos identificados con la información en la encuesta de pacientes se relacionan con tres factores del PES-NWI:

«Relaciones enfermera-médico» ($r = 0,406$; $p = 0,049$), «Fundamentos enfermeros para unos cuidados de calidad» ($r = 0,595$; $p = 0,002$) y «Participación de la

enfermera en cuestiones del hospital» ($r = 0,428$; $p = 0,037$). De este modo, cuanto mayor es el grado de acuerdo del paciente con la información recibida, mayor es el grado de satisfacción de la enfermera y viceversa.

En tanto, la calificación del entorno del hospital por parte de los pacientes se relaciona con «Relaciones enfermera-médico» ($r = 0,407$; $p = 0,048$) y con «Fundamentos enfermeros para unos cuidados de calidad» ($r = 0,434$; $p = 0,034$), medido a través del PES-NWI; también se refleja una relación existente con el agotamiento emocional ($r = -0,406$; $p = 0,049$) y la despersonalización ($r = -0,418$; $P = 0,042$) medidos a través del MBI. Entonces, como en el caso anterior, cuanto mayor es el grado de acuerdo del paciente, mayor es el grado de satisfacción de la enfermera y viceversa (33).

Por otro lado, en los estudios descritos la satisfacción con el trabajo y la percepción de la seguridad son puntos importantes para ambientes seguros, aunado a ello, la experticia del profesional de enfermería es un factor que mejora la atención del paciente; por ende, al revisar los artículos sobre estos temas se encontró reporte en los que el 40 % de las enfermeras del hospital tienen niveles de agotamiento que exceden las normas para la atención (26). Vale mencionar que la insatisfacción laboral entre las enfermeras del hospital es cuatro veces mayor que el promedio de todos los trabajadores estadounidenses, y uno de cada cinco hospitales que se tomaron para el estudio (29).

Las instituciones del más alto nivel de calidad de los servicios de salud se denominan magnéticas por que han obtenido la acreditación desde esta perspectiva, logrando el reconocimiento social y fomentando la satisfacción del personal de enfermería. La Asociación Americana de Enfermeras (ANA) establece los tres criterios para que las instituciones sean certificadas como magnéticas: Ser un hospital con bajo índice de rotación hacia otras instituciones, tener una planta completa de personal, y ser un hospital posicionado en un mercado laboral competitivo. Las características que se examinan en estos centros son la satisfacción personal y profesional, el estatus, el rol de la enfermera en la calidad del cuidado del paciente, la relación enfermera(o) paciente, reclutamiento y mantenimiento de las y los profesionales, la relación médico-enfermera(o), la descentralización de la toma de decisiones, el liderazgo clínico, autonomía y responsabilidad en el cuidado del paciente y flexibilidad de los horarios de trabajo. La investigación en organizaciones magnéticas ha demostrado baja tasa de morbilidad, bajo índice de estancia hospitalaria, aumento de la satisfacción de pacientes, aumento de la satisfacción del personal de enfermería, menor incidencia de accidentes de trabajo y gran atracción de enfermeras. (37)

7 CONCLUSIONES

Los artículos revisados muestran una relación entre la carga de trabajo de enfermería, descrita como mayor número de pacientes asignados por enfermera con mayor probabilidad de mortalidad de los pacientes. Por tanto, el riesgo de la incidencia de muerte en pacientes que reciben atención con alta disponibilidad de enfermeras es mucho más bajo que la incidencia de muerte en paciente atendidos con menor personal de enfermería. La disponibilidad insuficiente de personal de enfermería aumenta la probabilidad de infecciones en pacientes hospitalizados.

En ese orden de ideas, eventos adversos en pacientes como caídas, úlceras por presión, extubación no planificada, neumonía adquirida en el hospital e infección de tracto urinario tienen una correlación positiva con el número de paciente-enfermera, específicamente se encontró un mayor número de eventos con la asignación mayor a 11 pacientes por enfermera, en comparación con la asignación de menos de siete pacientes por enfermera.

La ocurrencia de eventos adversos durante a la administración de medicamentos tiene poca asociación con la relación número de pacientes enfermera – paciente. Además, los eventos adversos suceden durante los turnos que tienen menos personal de enfermería en general. La relación número de pacientes paciente-enfermera y la calidad de la atención en hospitales están fuertemente correlacionadas.

El racionamiento implícito de enfermería entendido como el incumplimiento de las medidas de enfermería definidas y necesarias para la adecuada atención de los pacientes o falta de ejecución de tareas específicas de enfermería tiene impacto directo en la satisfacción del paciente, mientras que el aumento en la cantidad de pacientes asignados por enfermera no mostró relación con los resultados de satisfacción del paciente.

Igualmente, las instituciones con un entorno laboral generan menor agotamiento emocional y despersonalización de los profesionales de enfermería. La carga alta de trabajo tiene una relación inversa con la satisfacción de Enfermería, aumenta la presencia de Burnout y planes de cambio de trabajo, situación que va en contra de la atención segura de los pacientes.

Las enfermeras que tienen una carga laboral menor presentan mejores indicadores de salud mental y se quedan estables en sus trabajos, lo que se relaciona con la calidad de los servicios. Las enfermeras que tienen una carga laboral adecuada tienen una mejor comunicación con los médicos, esto se reflejaba satisfacción laboral y reducción del estrés.

“El reconocimiento de los “Hospitales Magnéticos” es la mejor iniciativa basada en la evidencia para mejorar el entorno de la práctica de enfermería, posicionando a las instituciones de salud como organizaciones excelentes” (37).

Finalmente, es preciso afirmar que no se encontró producción científica en el país que permitiera plantear una relación enfermera paciente para nuestro contexto y por lo tanto, el impacto de este en la seguridad de paciente y la satisfacción del paciente y del personal de enfermería.

8 RECOMENDACIONES

La relación número de pacientes por enfermera tiene un impacto directo en algunos resultados importantes de la seguridad del paciente, por ello, debería ser tenido en cuenta para la dotación de personal de enfermería y la definición del estándar de cuidado en las instituciones de salud.

El personal de enfermería debe garantizar el cumplimiento de las medidas necesarias para la adecuada atención de los pacientes.

Las instituciones de salud deben trabajar para lograr un buen entorno de la práctica de enfermería, a fin de obtener mejores resultados en la seguridad del paciente y la satisfacción del personal.

Por último, se deben realizar estudios en instituciones de salud del país que permitan plantear una relación enfermera paciente para nuestro contexto, y por ende, el impacto de este en la seguridad clínica y la satisfacción del paciente y del personal de Enfermería.

9 BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez N. La formación de posgrado en Salud Pública para el ejercicio interdisciplinar en Enfermería. *Educación Médica Superior*. 2015; 29(3): p. 543-554.
2. Rodríguez S, Cárdenas M, Pacheco A, Ramírez M. Una mirada fenomenológica del cuidado de enfermería. *Enfermería Universitaria*. 2014; 11(4): p. 145-153.
3. Durán M. Teoría de enfermería, ¿un camino de herradura? *Aquichan*. 2007; 7(2): p. 161-173.
4. Zárate R. La Gestión del Cuidado de Enfermería. *Index de Enfermería*. 2004; 13(44-45).
5. Galvis M. Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica. *Revista Cuidarte*. 2015; 6(2): p. 1107-1119.
6. Lopera M, Forero C, Paiva L, Cuartas V. El quehacer cotidiano de la enfermera significa soportar la carga. *Revista Cuidarte*. 2016; 7(1): p. 1262-1270.
7. Guerrero S, Cid P. Una reflexión sobre la autonomía y el liderazgo en Enfermería. *Aquichan*. 2015; 15(1): p. 129-140.
8. Quecan M. La diversidad en el rol de enfermería. Una opinión basada en la experiencia. Medellín: Universidad de La Sabana; 2015.
9. Mengíbar M, Del Río S, Terol F. *Gestión del cambio*: McGraw-Hill; 2015.
10. San Martín L. Práctica avanzada en Enfermería y nuevos modelos de organización sanitaria. *Enfermería Clínica*. 2016; 26(3): p. 155-177.
11. Trevizan M, Acosta I. Visión que tiene el personal auxiliar sobre el liderazgo de la enfermera. Análisis basado en el Grid Gerencial. *Revista Interamericana de Psicología Ocupacional*. 1993; 12(2): p. 127-132.

12. Del Barrio M. Competencias y perfil profesional de la enfermera de práctica avanzada. *Enfermería Intensiva*. 2014; 25(2): p. 52-57.
13. Potter P, Griffin A, Stockert P, Hall A. Fundamentos de Enfermería. Novena edición España: Elsevier Health Sciences; 2019.
14. International Council of Nurses. Definiciones. [Online].; s.f. [cited 2019 marzo 5. Available from: <https://www.icn.ch/es/politica-de-enfermeria/definiciones>.
15. Lafuente N, Fernández S, Rodríguez S, Casado M, Morales J, Ramos A. Desarrollo competencial de las enfermeras en el sistema sanitario público de Andalucía. *Enfermería Clínica*. 2019; 29(2): p. 83-89.
16. Ferré C, Rodero V, Cid D, Vives C, Aparicio M. Guía de cuidados de enfermería. Cuidar al cuidador en atención primaria Tarragons: Publidisa, S.A.; 2011.
17. Daza R, Torres A, Prieto G. Análisis crítico del cuidado de enfermería. *Index de Enfermería*. 2005; 14(48-49).
18. Gutiérrez Ó, Torres C, Lobo N. Factores relacionados con la aplicación del proceso de enfermería en instituciones hospitalarias de Colombia. *Revista Cuidarte*. 2018; 9(1): p. 2007-2016.
19. Congreso de la República de Colombia. Ley 266 del 25 de enero de 1996. Diario Oficial No. 42.710. [Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones]. Bogotá, D.C.; 1996.
20. Presidencia de la República de Colombia. Decreto 3616 del 10 de octubre de 2005. 2005. [Por medio del cual se establecen las denominaciones de los auxiliares en las áreas de la salud, se adoptan sus perfiles ocupacionales y de formación, los requisitos básicos de calidad de sus programas y se dictan otras disposiciones]. Bogotá, D.C.
21. Conseil International des Infirmières. Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería: revisado en 2012. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras; 2012.

22. Piedrahita L, Rosero A. Relación entre teoría y praxis en la formación de profesionales de enfermería: revisión integradora de literatura. *Enfermería Global*. 2017;(47): p. 679-692.
23. Escobar M, Escobar R. Marco histórico de la Enfermería relacionado con el desarrollo de la profesión. *Revista UNIMAR*. 2016; 34(1): p. 181-191.
24. Oria M, Espinosa A, Maracha M. La formación y la orientación profesional en enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*. 2016; 32(2): p. 262-271.
25. Salazar M. Tendencias internacionales del cuidado de Enfermería. *Invest Educ Enferm*. 2011; 29(2): p. 294-304.
26. Aiken L, Clarke S, Sloane D, Sochalski J, Silber J. Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. *JAMA*. 2002; 288(16): p. 1987-1993.
27. Patient mortality is associated with staff resources and workload in the ICU: a multicenter observational study. *Crit Care Med*. 2015; 43(8): p. 1587-1594.
28. Liang Y, Chen W, Lee J, Huang L. Nurse staffing, direct nursing care hours and patient mortality in Taiwan: the longitudinal analysis of hospital nurse staffing and patient outcome study. *BMC Health Services Research*. 2012; 12(44): p. 1-8.
29. Patrician P, Loan L, McCarthy M, Fridman M, Donaldson N, Bingham M, et al. The association of shift-level nurse staffing with adverse patient events. *J Nurs Adm*. 2011; 41(2): p. 64-70.
30. Liu L, Lee S, Chia P, Chi S, Yin Y. Exploring the association between nurse workload and nurse-sensitive patient safety outcome indicators. *J Nurs Res*. 2012; 20(4): p. 300-309.
31. Harrington C, Kovner C, Mezey M, Kayser-Jones J, Burger S, Mohler M, et al. Experts Recommend Minimum Nurse Staffing Standards for Nursing Facilities in the United States. *Gerontologist*. 2000; 40(1): p. 5-16.

32. Ausserhofer D, Schubert M, Desmedt M, Blegen M, De Geest S, Schwendimann R. The association of patient safety climate and nurse-related organizational factors with selected patient outcomes: a cross - sectional survey. *Int J Nurs Stud.* 2013; 50(2): p. 240-252.
33. Escobar G, Gómez T, Ignacio E, Rodríguez J, Moreno T, Fuentelsaz C, et al. Entorno laboral y seguridad del paciente: comparación de datos entre los estudios SENECA y RN4CAST. *Enfermería Clínica.* 2013; 23(3): p. 103-113.
34. Nicklin W, McVeety J. Canadian nurses' perceptions of patient safety in hospital. *Can J Nurs Leadersh.* 2002; 15(3): p. 11-21.
35. Committee on the Work Environment for Nurses and Patient Safety. Board on Health Care Services. Keeping patients safe: transforming the work environment of nurses. Washington, D. C. : National Academies Press; 2004.
36. Saturno P, Da Silva Z, De Oliveira-Sousa S, Fonseca Y, De Souza-Oliveira A. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud español. *Medicina Clínica.* 2008; 18(25): p. 18-25.
37. Hernández A, Zárate R. Hospital magnético: Escenario ideal que garantiza calidad del cuidado y la satisfacción laboral en enfermería. *Enfermería Universitaria.* 2011; 8(8): p. 25-32.
38. Pronovost P, Goeschel C, Marsteller J, Sexton J, Pham J, Berenholtz S. Framework for patient safety research and improvement. *Circulation.* 2009; 119(2): p. 330-337.
39. Twigg D, Duffield C, Bremner A, Rapley P, Finn J. Impact of skill mix variations on patient outcomes following implementation of nursing hours per patient day staffing: a retrospective study. *J Adv Nurs.* 2012; 68(12): p. 2710-2718.
40. Hinno S, Partanen P, Vehviläinen-Julkunen K. Nursing activities, nurse staffing and adverse patient outcomes as perceived by hospital nurses." *Journal of clinical nursing.* 2012; 21((11-12)): p. 1584-1593.

41. Manojlovich M, Sidani S, Covell C, Antonakos C. Nurse dose: linking staffing variables to adverse patient outcomes. *Nursing Research*. 2011; 60(4): p. 214-220.
42. Unruh L, Zhang N. Nurse staffing and patient safety in hospitals: new variable and longitudinal approaches. *Nursing research*. 2012; 61(1): p. 3-12.