

FALLAS EN LA ATENCIÓN EN SALUD Y EL BURNOUT DEL PERSONAL  
ASISTENCIAL

Margarita Barrios Díaz  
Adriana Díaz Castaño  
Henry Montero Arroyo  
Juliana Espinosa Múnera

Trabajo de Proyectos de Investigación II de Servicios de Salud  
presentado a  
Paula Andrea Peña López, docente del área

Universidad Católica de Manizales  
Especialización en Administración de la Salud  
Proyecto de Investigación II  
Medellín, Antioquia  
Diciembre de 2021

## TABLA DE CONTENIDO

<b>1. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO</b>	<b>7</b>
<b>2. RESUMEN</b>	<b>7</b>
2.1. RESUMEN	8
2.2. INTRODUCCIÓN	9
2.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
2.4. JUSTIFICACIÓN	12
<b>3. OBJETIVOS</b>	<b>13</b>
3.1. OBJETIVO GENERAL	14
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
<b>4. MARCO TEÓRICO</b>	<b>14</b>
4.1. ANTECEDENTES	15
4.2. CONCEPTO DE FALLA EN ATENCIÓN EN SALUD	20
4.3. CONCEPTO SEGURIDAD DEL PACIENTE	22
4.4. CONCEPTO DE EVENTO ADVERSO	22
4.4.1. CLASIFICACIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS	23
CLASIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS SEGÚN LA SEVERIDAD (18):	23
CLASIFICACIÓN DE LOS INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS SEGÚN EL GRADO DE AFECTACIÓN (21):	23
CLASIFICACIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS SEGÚN EL TIPO DE ORIGEN (22):	24
4.5. FATIGA Y EL SÍNDROME DE BURNOUT	26
4.6. GLOSARIO (1).	28
<b>5. MARCO NORMATIVO</b>	<b>29</b>
<b>6. METODOLOGÍA</b>	<b>30</b>
6.1 ENFOQUE Y DISEÑO	31
6.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	31
6.3. PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	32
6.4. INSTRUMENTOS	32
6.5. PLAN DE ANÁLISIS DE INFORMACIÓN	33
6.6. COMPONENTE ÉTICO	34

6.7. CONSENTIMIENTO INFORMADO	35
<b>7. RESULTADOS</b>	<b>35</b>
RESULTADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	36
RESULTADOS POR SUBESCALAS	39
RESULTADOS POP CRUCES DE VARIABLES	41
RESULTADOS ANÁLISIS FALLAS EN LA ATENCIÓN	52
<b>8. DISCUSIÓN</b>	<b>56</b>
<b>9. CONCLUSIONES</b>	<b>59</b>
<b>10. RECOMENDACIONES</b>	<b>60</b>
<b>11. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>62</b>

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfica 1. Modelo explicativo Queso Suizo	21
Gráfica 2. Proporción por áreas de trabajo	37
Gráfica 3. Rango de edades	37
Gráfica 4. Distribución de sexo	38
Gráfica 5. Estado Civil	38
Gráfica 6. Grado de escolaridad	38
Gráfica 7. Tipo de contratación	39
Gráfica 8. Horas laboradas al día	39
Gráfica 9. Antigüedad laboral	40
Gráfica 10. Agotamiento emocional global	40
Gráfica 11. Despersonalización global	41
Gráfica 12. Realización personal global	41
Gráfica 13. Burnout global	41
Gráfica 14. EE vs Área de trabajo	42
Gráfica 15. DP vs Área de trabajo	42
Gráfica 16. PA vs Área de trabajo	43
Gráfica 17. EE vs Edad	43
Gráfica 18. DP vs Edad	44
Gráfica 19. PA vs Edad	44
Gráfica 20. EE vs Horas laboradas	45
Gráfica 21. DP vs Horas laboradas	45
Gráfica 22. PA vs Horas laboradas	45
Gráfica 23. EE vs Tipo de contrato	46
Gráfica 24. DP vs Tipo de contrato	46
Gráfica 25. PA vs Tipo de contrato	47
Gráfica 26. EE vs Estado civil	47
Gráfica 27. DP vs Estado civil	48
Gráfica 28. PA vs Estado civil	48
Gráfica 29. EE vs Grado de escolaridad	49
Gráfica 30. DP vs Grado de escolaridad	49

Gráfica 31. PA vs Grado de escolaridad	50
Gráfica 32. EE vs Tiempo laborado	50
Gráfica 33. DP vs Tiempo laborado	51
Gráfica 34. PA vs Tiempo laborado	51
Gráfica 35. EE vs Sexo	52
Gráfica 36. DP vs Sexo	52
Gráfica 37. PA vs Sexo	53
Gráfica 38. Eventos por servicio	53
Gráfica 39. Tipo de evento	54
Gráfica 40. Clasificación por gravedad	54
Gráfica 41. Acciones inseguras	55
Gráfica 42. Factores contributivos	57

## LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Subescala	34
Tabla 2. Valoración	34
Tabla 3. Factores contributivos	56



Universidad  
Católica  
de Manizales

**VICERRECTORÍA ACADÉMICA  
CENTRO INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN, PROYECCIÓN Y  
DESARROLLO**

**1. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO**

Título: ***FALLAS EN LA ATENCIÓN EN SALUD Y EL BURNOUT DEL PERSONAL ASISTENCIAL***

Investigadores:

Margarita Barrios Díaz, Luz Adriana Díaz Castaño, Henry Montero Arroyo, Juliana Espinosa Múnera.

Línea de Investigación: Administración de la Salud

Programa de Posgrado al que se articula: Administración de la Salud

Lugar de Ejecución del Proyecto:

Ciudad: Medellín Departamento: Antioquia

Duración del Proyecto (períodos académicos): Dos

**2. RESUMEN**

## **2.1. RESUMEN**

El presente estudio se llevó a cabo en una IPS de Medicina Laboral en la ciudad de Medellín, Antioquia. Su objetivo principal fue la identificación de las fallas más comunes en la atención en salud y el riesgo de presentar el Síndrome de Burnout dentro del personal asistencial de la institución. Para tal fin, se realizó una investigación de tipo descriptivo, de corte transversal, con enfoque mixto ya que se hizo un análisis cuantitativo a las variables que miden la incidencia de los eventos de seguridad del paciente y del Síndrome de Burnout. Para establecer el riesgo de Burnout en la institución se implementó la herramienta MBI (maslach burnout inventory) en el personal asistencial logrando determinar el padecimiento del Síndrome de Burnout encontrando que el 52,4% de los encuestados refirió presentar un alto agotamiento emocional; el 35,7% presentó un alto grado de despersonalización y el 66,7% una baja realización personal. En cuanto a la identificación de las fallas más comunes en la atención en salud se identificó que existe una pobre cultura del reporte de los eventos adversos e incidentes. Se brindan recomendaciones a la institución sobre la revisión, fortalecimiento y aplicación de programas que permitan la intervención en el personal que presenta Burnout o que tiene alto riesgo de desarrollarlo.

## **ABSTRACT**

This research was carried out in an IPS of Occupational Medicine in the City of Medellin, Antioquia. Its main objective was the identification of the most common failures in health care and the risk of presenting Burnout Syndrome within the institution's healthcare staff. For this purpose a descriptive, cross sectional investigation was carried out, with a mixed approach, since a quantitative analysis was made of the variables that measure the incidence of patient safety events and Burnout Syndrome. In order to establish the risk of Burnout in the institution, the MBI (maslach burnout inventory) tool was implemented in the healthcare personnel, managing to determine the suffering of Burnout Syndrome, finding that 52.4% of those surveyed reported having a high emotional exhaustion; 35.7% presented a high degree of depersonalization and 66.7% a low personal fulfillment. Regarding the identification of the most common failures in health care, it was identified that there is a poor culture of reporting adverse events and incidents. Recommendations are made to the institution on the review, strengthening and application of programs that allow intervention in personnel with Burnout or who are at high risk of developing it.



## **2.2. INTRODUCCIÓN**

La presente investigación nace de la necesidad de identificar la presencia del Síndrome de Burnout, en el personal de Salud de la IPS Omnisalud y de las fallas en la atención que pueden llevar a que se presenten eventos adversos o incidentes. Se puede encontrar amplia información sobre este síndrome tanto a nivel nacional como internacional; en el contexto colombiano, el Ministerio de Salud y de la Protección Social ha desarrollado un paquete instruccional sobre “Prevenir el cansancio en el personal de salud” (1) y se habla sobre la importancia de la Seguridad del Paciente con este mismo Ministerio y con organizaciones tales como la OPS y la OMS quienes reconociendo la importancia de generar conciencia y participación de la sociedad en torno a la seguridad del paciente, establece el día 17 de septiembre como el “Día Mundial de la Seguridad del Paciente con la Resolución WHA 72.6; con esta medida se busca ampliar el conocimiento en todo el mundo sobre la seguridad del paciente, y de esta misma manera fomentar la solidaridad y la adopción de estrategias para promover la seguridad del paciente a nivel mundial (2).

Siguiendo el mismo enfoque de la OMS, El Ministerio de Salud en Colombia, establece la Guía Técnica “Buenas Prácticas Para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud”; con esta guía técnica el ministerio de salud pretende que todos los prestadores de servicios de salud identifiquen de una forma fácil y concreta los componentes fundamentales que debe tener un programa de seguridad el paciente, así como el paso a paso para su implementación. De esta manera los prestadores de salud cuentan con una herramienta que facilita la estructuración y el desarrollo de los Programas de Seguridad del Paciente en sus instituciones (3).

La aplicación del MBI (Maslach Burnout Inventory) brinda información sobre tres variables; estas variables son el Agotamiento Emocional, la Despersonalización y la Realización Personal a partir de los resultados determinar las variables más críticas y si hay desgaste laboral en los trabajadores de salud de esta IPS de medicina laboral y plantear, respetuosamente, planes de mejora a los hallazgos más críticos. La presente investigación se vio limitada por la escasa cultura del reporte de los eventos adversos e incidentes aunque se toma esto como una oportunidad de mejora institucional.

### **2.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El talento humano en salud se ve expuesto a múltiples riesgos, en el desarrollo de su actividad laboral, que generan un impacto negativo en la salud física y mental de estos colaboradores de los servicios de salud alrededor del mundo. Las largas jornadas laborales, el alto volumen de pacientes atendidos por día, la complejidad de su quehacer, las malas condiciones laborales en las que el personal de la salud debe desempeñar son algunos de los factores a los que el personal de la salud se ve diariamente enfrentado.

La fatiga del personal de la salud se ha convertido en un factor contributivo muy prevalente que predispone a que se presenten fallas en los procesos de atención en salud y que terminan manifestándose como fallas en la atención (incidentes, eventos adversos prevenibles, insatisfacción del paciente), deteriorando la calidad en los servicios de salud; En el Paquete Instruccional “Prevenir el Cansancio en el Personal de Salud” de la Guía Técnica Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud, se expone que Arora et,al 2010 y Pottier,et,al.2013 quienes describen en un estudio que “Cuando hay mayor tensión hay mayores daños procesales y a nivel del razonamiento clínico” (1).

La CDC (Centro para el control y la prevención de enfermedades) y el Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional NIOSH refieren que “Las tasas de lesiones ocupacionales de los trabajadores de salud han aumentado en la última década. En comparación, la agricultura y la construcción, dos de las industrias más peligrosas, son más seguras en la actualidad que lo que eran hace una década” (5). La CDC además ha manifestado que los trabajadores de la salud están expuestos a múltiples riesgos en su entorno laboral, lo que los lleva a presentar fatiga física y mental, así como estrés ocupacional; así mismo se ha visto un claro aumento en las lesiones y enfermedades laborales en el personal de la salud, que se han ido incrementando notablemente en la última década en comparación con otros sectores económicos.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) expone que 134 millones de eventos adversos se producen cada año en los países de ingresos bajos y medios por atenciones poco seguras; 15% de los gastos hospitalarios de los países de la OCDE es resultado directamente de los eventos adversos. Así mismo manifiesta que 4 de cada 10 pacientes sufren daño derivado de la atención en salud primaria y ambulatoria, siendo el 80% de estos daños prevenibles. Es por esto que en torno al Día Mundial de la Seguridad el

Paciente, el 17 de septiembre de 2020, la OMS manifiesta que la pandemia por COVID 19 ha puesto en evidencia las grandes dificultades a las que se enfrentan todos los trabajadores de la salud en el mundo, tomando en cuenta entre ellas las infecciones asociadas al cuidado de la salud, la violencia, estigmatización, trastornos emocionales y psicológicos, así como la enfermedad y la muerte. Manifiesta además que el estrés bajo el cual trabaja el personal de la salud hace que estos sean más propensos a cometer errores que afecten al paciente. Es por esto por lo que en torno a la celebración del Día Mundial de la Seguridad del Paciente lanza una campaña que tiene como tema central la “Seguridad del personal sanitario: Una Prioridad para la seguridad de los pacientes”; y como lema: “Personal sanitario seguro, pacientes seguros”, haciendo un llamamiento a que se defiendan la seguridad del personal sanitario (2).

El estudio IBEAS realizado entre el 2007 y el 2009, en 5 países de América Latina (Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú), donde se tomaron en cuenta 58 centros hospitalarios, mostró como resultado que 10 de cada 100 pacientes que fueron ingresados en un día específico en las instituciones estudiadas, habían presentado un evento adverso; así mismo se evidenció que el riesgo se duplica cuando se tomaba en cuenta el tiempo que el paciente estuvo hospitalizado, siendo así que 20 de cada 100 pacientes internados presentaron algún evento adverso durante la estancia hospitalaria. La prevalencia de los eventos adversos según el estudio, el 13.27 % estaban relacionados con el cuidado del paciente, un 8.23 % al uso de medicamentos, un 37.14 % con infecciones nosocomiales, un 28.69 % a procedimientos y un 6.17 % con error en el diagnóstico. Pero lo más llamativo de estos resultados es que casi el 60% de todos los eventos adversos presentados se consideraron prevenibles (6).

En Colombia el estudio IBEAS específicamente evidenció una prevalencia de los eventos adversos del 13.1%. De estos eventos, el 27.3% se presentaron en pacientes menores de 15 años, mientras que el 27.7% se presentaron durante la ejecución de un procedimiento. Es importante tomar en cuenta que a diferencia de los demás países que participaron en el estudio, en Colombia la mayoría de los hospitales participantes fueron acreditados (3).

El estudio AMBEAS-2012 (Brasil, Colombia, México y Perú) muestra que entre los determinantes en las fallas de la atención el 3,6% es debido a la falta de atención y cansancio del personal de salud (7). Otro estudio realizado en el 2017 en un hospital pediátrico de tercer nivel en Bogotá, que buscaba determinar la frecuencia de eventos adversos a fin de fomentar prácticas seguras, considera que la interacción del paciente con el personal asistencial

fatigado constituía un ambiente de alto riesgo para la ocurrencia de dichos eventos (8).

Por otro lado, en Colombia la fatiga del personal asistencial de los servicios de salud es un factor relevante para la ocurrencia de eventos adversos; es por esto que desde el Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de sus Paquetes Instruccionales de Seguridad del Paciente, se encuentra la Guía Técnica “Buenas Prácticas para la Seguridad el Paciente en la Atención en Salud” donde se desarrolla una guía para Prevenir el Cansancio en el Personal de Salud; con esta se busca “Fortalecer en todos los trabajadores de la salud el conocimiento técnico sobre el cansancio del personal de salud, así como las competencias y habilidades para su prevención, reducción y/o detección temprana por medio de la aplicación de prácticas seguras”(1). También se cuenta con el paquete instruccional “evaluación de la frecuencia de los eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente donde se resalta la importancia de fortalecer los programas institucionales para la vigilancia y medición de la seguridad de paciente (4).

La seguridad del paciente cobra relevancia cada día en especial en la calidad de la atención como garantía de una buena prestación de servicios de salud, en ese sentido nace el interés de los gobiernos y organizaciones de salud por evitar las fallas en la atención y sus consecuencias lo mayor posible. Sin embargo, la seguridad del paciente es solo un elemento de la buena atención, otro es el personal asistencial quien dispensa los servicios, por lo que el bienestar del personal de salud se vuelve importante y determinante a la hora de medir la calidad de la atención.

Por lo anterior, se quiso demostrar, con este estudio cuáles son las fallas más comunes en la atención en salud y el síndrome de Burnout del personal asistencial en una IPS de Medicina Laboral en la Ciudad de Medellín

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles son las fallas más comunes en la atención en salud y el Síndrome de Burnout del personal asistencial en una IPS de Medicina Laboral en la ciudad de Medellín?.

## **2.4. JUSTIFICACIÓN**

El presente estudio se realizó con el fin de identificar cuáles fueron las fallas más frecuentes en la atención en salud en una IPS de Medicina Laboral en la Ciudad de Medellín y el Síndrome de Burnout en el personal asistencial, con el

fin de determinar las variables predominantes. De esta manera, se contó con información verificable sobre las causas que originaron dichas fallas.

En Colombia el gobierno nacional ha mostrado interés en trabajar para evitar el cansancio en el personal de salud mediante el paquete instruccional donde se resalta, de manera especial, la necesidad de intervenir en el personal de salud ya que estos se exponen a múltiples riesgos en su entorno laboral que los predisponen al cansancio encontrando, como uno de los más relevantes, el estrés ocupacional; aunque estos factores de riesgo pueden ser mitigados, actualmente los trabajadores de la salud presentan cada vez mayor número de lesiones y enfermedades laborales que han mostrado un incremento en la última década en comparación con otros sectores económicos (1).

Así como el personal de salud se ha visto afectado por el cansancio y estrés laboral, esta condición puede repercutir en la calidad de la atención de los pacientes; es por esta razón que no solo el personal de salud se verá beneficiado con el presente estudio, sino que los pacientes quienes son la otra parte de la atención en salud también se beneficiarán de los resultados de la investigación. Se espera que al identificar los eventos adversos y las fallas que los generan, así como el Síndrome de Burnout en el personal asistencial se pueda trabajar en una Política de Seguridad del Paciente para que la atención en salud sea más segura, preventiva ante las fallas, de calidad y eficiente para los pacientes; para los trabajadores de la salud de esta IPS de Medicina Laboral a futuro, con base en los resultados presentados, se podrá establecer estrategias que eviten las acciones que llevan al personal a sentirse fatigado o desmotivado en el desarrollo de la práctica laboral.

Adicional a lo anteriormente expuesto, según los antecedentes recopilados a nivel Nacional, no se cuenta con estudios suficientes sobre las fallas en la atención en salud y la fatiga laboral, por lo que este estudio permitirá ampliar los conocimientos referentes a dichos temas en nuestro territorio y a iniciar la producción de conocimiento en esta área.

Los resultados de esta investigación permiten generar un precedente en la relación que pueda llegar a existir entre el Síndrome de Burnout en el personal de la salud y las fallas en el proceso de atención asistencial en las IPS del país; esta información podrá ser usada por el Gobierno Nacional para que se establezcan nuevas líneas de investigación y estrategias que permitan mejorar la salud mental del personal asistencial sanitario y de esta manera garantizar atenciones con calidad y seguridad.

## 3. OBJETIVOS

### 3.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar las fallas más comunes en la atención en salud y el Síndrome de Burnout del personal asistencial en una IPS de Medicina Laboral en la Ciudad de Medellín.

### 3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir los principales eventos adversos e incidentes relacionados con el personal asistencial dentro de una IPS de Medicina Laboral en la Ciudad de Medellín.
- Definir las fallas en atención en salud que llevan a que se presenten los principales incidentes y eventos adversos.
- Determinar el padecimiento de Burnout en el personal asistencial de una IPS en la ciudad de Medellín.

## 4. MARCO TEÓRICO

#### **4.1. ANTECEDENTES**

##### **“Modelo de medición de fatiga laboral para el personal de la salud en IPS privadas de Colombia” (9)**

Este trabajo de maestría fue llevado en el año 2019 por estudiantes de la Universidad del Rosario donde se quería mostrar el nivel de fatiga laboral de personal asistencial de cuatro IPS Privadas en Colombia mediante la aplicación del método SOFI que fue adaptado como método de medición para nuestro país. La escala SOFI (Swedish Occupational Fatigue Inventory) integra cinco dimensiones de fatiga -alta de energía, cansancio físico, disconfort físico, falta de motivación y somnolencia-. Este modelo permite evaluar la fatiga en términos multidimensionales. Dentro de este modelo se buscó la identificación de posibles enfermedades y riesgos laborales y su relación entre estrés ocupacional, jornadas de trabajo, carga laboral y fatiga laboral de los trabajadores de la salud. La muestra tomada fue de 4211 profesionales (medicina, especializaciones en medicina, enfermería, terapia, auxiliares, entre otras) donde el 71.76% son mujeres y 28.23% son hombres. Se pudo llegar a la conclusión, mediante la aplicación del modelo SOFI, que efectivamente el personal administrativo y asistencial si presentaba signos de fatiga laboral. Los resultados obtenidos son importantes en la medida que se puede mejorar las condiciones laborales y la calidad de atención de los pacientes en las cuatro IPS estudiadas.

##### **“Patient Safety Incidents and Nursing Workload”(10)**

Este estudio tiene como objetivo identificar la carga de trabajo del equipo de enfermería y la ocurrencia de incidentes de seguridad del paciente, vinculados a la atención de enfermería en un hospital público de Chile entre diciembre de 2011 y febrero de 2012. Para ello, se realizó una investigación cuantitativa, analítica, transversal a través de la revisión de los registros médicos, un total de 879 historias clínicas post-alta, y la carga de trabajo de 85 enfermeros y 157 auxiliares de enfermería, pertenecientes a los servicios de unidad de cuidados intensivos cardiovasculares, unidad de cuidados intensivos generales, unidad de cuidados intermedios, psiquiatría, especialidades quirúrgicas, público y médico quirúrgico, cirugía, medicina, oncología, pacientes privados médico quirúrgicos y unidad pediátrica.



Para evaluar la estimación de la carga de trabajo en las Unidades de Cuidados Intensivos, se usó el sistema de puntuación de intervenciones terapéuticas (TISS-28); y para el resto de los servicios la relación enfermero/paciente y auxiliar de enfermería/paciente.

Los resultados mostraron una tasa de incidentes del 71.1%, con una relación importante entre la carga de trabajo y la tasa de caídas. Se evidenció además que la tasa de errores en medicación, los incidentes por contención mecánica y la auto extracción de dispositivos invasivos no tuvieron relación con la carga laboral.

Finalmente se concluyó que la carga laboral fue elevada en todas las unidades, a excepción de la unidad de cuidados intermedios y que solo la tasa de caídas tuvo relación con la carga laboral.

### **“Implicancia de la sobrecarga horaria y cansancio en el error médico”(11)**

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo explicar lo relevante que son las acciones dispuestas a reducir los eventos adversos relacionados al exceso de horas de trabajo. La sobrecarga horaria y laboral además de la falta de descanso llevan a la fatiga mental y física con la consecuente falta de rendimiento en el manejo de los pacientes y la potencial materialización de un error médico. La fatiga representa un peligro para los profesionales de la salud, ya que es un factor humano con consecuencias para la seguridad del paciente.

Para realizar este estudio se analizaron 205 encuestas anónimas realizadas al personal médico del servicio de emergencias del Hospital de Morón Ostaciana C. de Lavignolle y el Hospital Aeronáutico Central, en un periodo de 5 meses. La población analizada comprende a 205 médicos, 95 (46,34%) hombres y 110 (53,66%) mujeres, distribuidos según rango etario.

Resultados: del total de la población realizan turnos a la semana así: solo el 2,43% turnos de 12 horas, 31,7% turnos de 24 horas. 9,75% turnos de 36 horas. 31,7% con 48 horas y el 24,39%, exceden las 48 horas. El 73,17%, continúa con actividad de planta o quirúrgica, según sea su especialidad al finalizar el turno, es decir poseen varios empleos.

Como conclusión la fatiga es un riesgo importante en el marco de los factores humanos porque predispone la ocurrencia de errores médicos y

afectando la seguridad del paciente. Además los sistemas deberán rediseñar las acciones para la identificación y notificación de errores; como en la prevención de estos.

### **“Niveles y factores de riesgo de burnout en profesionales de enfermería de atención primaria”(12)**

El Burnout se puede considerar un problema grave de salud pública, que sigue aumentando entre los profesionales de enfermería, lo que repercute no sólo en su salud sino también afecta a la calidad de los servicios y cuidados que ofrecen, lo que desemboca en un deterioro de la relación con los usuarios y en un coste altísimo para los sistemas sanitarios. La apertura de nuevas líneas de investigación en este ámbito favorecerá un mejor conocimiento del problema sobre el que poder plantear potenciales programas preventivos del síndrome.

Los niveles de burnout en el personal de enfermería fueron evaluados mediante una revisión sistemática de los documentos que existen sobre el tema, en este estudio principalmente el Maslach Burnout Inventory. La muestra total fue de n=12. Los estudios muestran prevalencias del cansancio emocional alto, entre el 23 y 31%. Las prevalencias de despersonalización alta y realización personal baja muestran heterogeneidad, variando entre el 8-32 y el 4-92% de la muestra respectivamente.

Hay factores asociados que pueden potenciar la aparición del Burnout, entre los principales, ser mayor de edad, estar casado, los contratos fijos, la antigüedad laboral, el mal ambiente en la institución sanitaria, las malas relaciones interprofesionales, la ansiedad y la depresión.

Como factores protectores están, el buen autoconcepto, la comunicación, la satisfacción laboral, la buena relación con el equipo de trabajo, la autonomía profesional, el apoyo de la organización y la remuneración económica.

### **“Sobrecarga laboral del personal de enfermería en los servicios de medicina y cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima 2017”(13)**

El objetivo de la investigación es analizar la sobrecarga laboral presente en el Hospital Nacional Dos de Mayo. La investigación fue descriptiva y comparativa. La muestra fue de un total de 60 enfermeras de los servicios

de medicina y cirugía. Los 19 datos recolectados fueron procesados con el software SPSS.

Se realizó el trabajo bajo la teoría de Hart y Staveland para los resultados se utilizó la Prueba de U de Whitney también llamado Mann - Whitney – Wilcoxon, Realizado el análisis descriptivo y la contratación de hipótesis se estableció que del  $p$  value es  $p=.000 < .05$  e indica diferencias significativas por lo tanto,  $p = 0.000$  ( $p < 0.05$ ), por lo que se rechaza la hipótesis nula.

Las encuestas sobre la sobrecarga laboral del personal de enfermería en el servicio de medicina tuvieron un promedio de 23.02, mientras que el personal de enfermería del servicio de cirugía fue de 37.98. Por lo que se puede concluir que entre ambos servicios se puede evidenciar una gran diferencia en la percepción de sobrecarga laboral del Personal de Enfermería entre los servicios de medicina y cirugía debido a la alta carga laboral y el nivel de estrés presentado en dicha área.

**“Do perceived working conditions and patient safety culture correlate with objective workload and patient outcomes: A cross-sectional explorative study from a German university hospital.”(14)**

Este estudio tiene como objetivo entender la relación que existe entre la percepción del estrés y la tensión relacionada con el trabajo del personal médico y la seguridad del paciente en un hospital de Alemania. Para esto se implementó un cuestionario escrito a todos los médicos y enfermeras de las unidades de internación de un hospital universitario en Alemania; este cuestionario se desarrolló en base al Cuestionario psicosocial de Copenhague (COPSOQ), la escala del Inventario de Burnout de Copenhague (CBI) para evaluar el agotamiento relacionado con el paciente y partes de la Encuesta Hospitalaria sobre Cultura de Seguridad del Paciente (HSPSC)

Las variables tomadas en cuenta fueron la cantidad de horas extras laboradas, el registro de la intensidad del trabajo de las enfermeras, peso del costo, tasa de ocupación de las camas hospitalarias y la duración de la estancia hospitalaria. La calidad de la atención se evaluó mediante las tasas de reingreso y la duración de la estancia relacionada con la enfermedad.

Se evaluaron entre marzo y junio de 2015, todos los médicos y enfermeras (incluidos auxiliares de enfermería y enfermeras en formación) de unidades con más de 500 pacientes hospitalizados por año (excluidas las unidades con bajo consumo de medicación, entornos especiales o insuficientes

pacientes hospitalizados: cuidados intensivos, psiquiatría, clínica oftalmológica, unidades de radiología, odontología y medicina oral y maxilofacial) fueron invitados activamente a participar en la encuesta.

El cuestionario fue realizado por 224 (37%) médicos y 351 (39%) enfermeras. La edad promedio de los médicos fue de 37 años; aproximadamente el 16% eran especialistas y el 18% pasantes. Se evidenció que las horas extraordinarias de los médicos se correlacionaron de manera importante con las demandas cuantitativas percibidas. De igual manera se evidenció que las medidas de la carga laboral de las enfermeras se asociaron con una disminución en la satisfacción laboral del médico y con la percepción de menor favorabilidad de la idoneidad del personal. En los dos grupos profesionales se encontró una asociación importante entre la medida de morbilidad y los conflictos de roles. Las tasas de reingreso fueron más altas, lo cual se percibió con una falla en la seguridad del paciente por personal no idóneo y por fallas en la relación entre el equipo de salud.

Estos resultados sugieren que la medida que se logró objetivar en la carga de trabajo se asocia con el estrés y la tensión psicosocial relacionados con el trabajo referido por los miembros del personal; En segundo lugar, los resultados mostraron que la percepción negativa de la cultura de seguridad, al igual que el agotamiento relacionado con el paciente, se asocian con peores resultados relacionados con el desenlace del paciente, medidos por reingresos y estadías más prolongadas.

***“Agotamiento profesional: prevalencia y factores asociados en médicos y enfermeras en siete regiones del Perú” (15)***

La presente investigación tuvo como objetivo precisar la prevalencia y causas asociadas al agotamiento en profesionales de medicina y enfermería en siete departamentos del Perú. Para lo cual se realizó un estudio transversal en los departamentos de Apurímac, Ayacucho, Huancavelica, Lima-Callao, Loreto, Piura y San Martín. Aplicando una encuesta a 958 médicos y 840 enfermeras que incluía variables sociodemográficas y laborales además de la prueba de Maslach Burnout.

La selección de la muestra fue probabilística, bietápico y estratificada. Para el análisis se usaron medidas de tendencia central y porcentajes, en tanto que para la asociación se usó las pruebas de  $\chi^2$ , Fisher, Anova y Kruskal-Wallis.

Como resultado se obtuvo que la prevalencia de agotamiento en los profesionales fue del 5,5%. La despersonalización prevalece en el 18,7% de los profesionales. El cansancio emocional en el 10 % y la realización personal en el 32.1%. Los factores asociados se relaciona la profesión médica, el sexo masculino, la separación familiar, insatisfacción con el horario laboral, enfermedad laboral, trabajar en establecimientos nivel II o nivel III. Como conclusión se encontró relación entre el agotamiento de los profesionales y la actividad laboral en instituciones de alta complejidad, donde hay mayor carga emocional por la complejidad de la atención; adicionalmente, el estar separado de la familia y las enfermedades agravadas o causadas laboralmente son factores que generan estrés y se encuentran relacionados al mismo

#### **4.2. CONCEPTO DE FALLA EN ATENCIÓN EN SALUD**

La atención en salud, son todos aquellos servicios que recibe una persona, con el fin de promover, mantener y monitorizar o restaurar la salud. En el proceso de atención de dichos individuos se pueden presentar Fallas en la Atención en Salud, definidas como aquellas deficiencias que se presentan al momento de realizar una acción planeada; también podría tomarse en cuenta como fallas en la atención en salud la ejecución de un plan incorrecto, lo que se manifestará en la ejecución de procesos incorrectos, establecido como Falla de Acción. En el caso donde la falla se desencadena de la no ejecución de los procesos correctos se denomina Falla de Omisión. Las Fallas por definición son no intencionales (16).

En la actividad diaria, las fallas activas, por acción y omisión, que se presentan durante la atención en salud, son debidas generalmente a olvidos, por no recordar lo que se debe realizar a un paciente o como ejecutar un procedimiento; también pueden ser generadas a causa de descuidos como al tomar jeringa equivocadas o tratar al paciente equivocado. Dichas fallas también pueden tener como origen errores de juicio, al emitir un concepto no acorde a la condición del paciente. Y en muy raras ocasiones, las fallas son desviaciones deliberadas de las prácticas seguras. Es así como cualquiera de estas fallas constituye una "Acción insegura". (17)

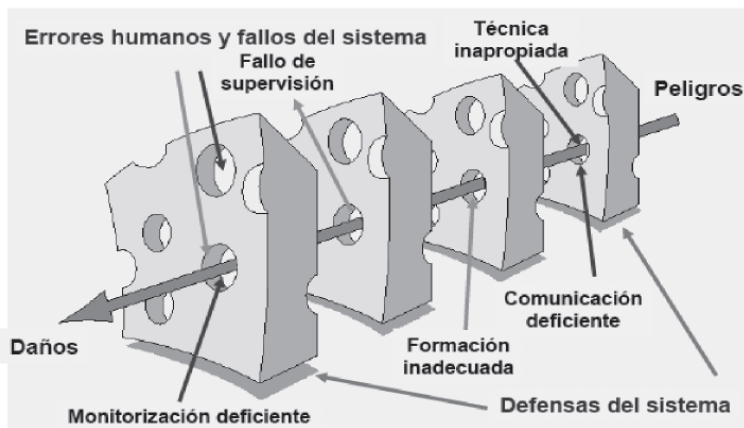
Por otro lado, dentro del proceso de atención en salud, también se pueden encontrar las fallas latentes, son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención pero que son generadas no directamente por el personal asistencial, sino por el personal de apoyo como el administrativo. (16).

Los factores predisponentes son condiciones que facilitan la opción de que surja una acción insegura o una falla activa. El protocolo de Londres considera como Factores contributivos o predisponentes los siguientes:

- Paciente: se considera cuando el paciente contribuye al error; puede presentarse en un paciente angustiado, inconsciente o en aquel en el que su condición de salud es muy compleja.
- Tarea y Tecnología: Se considera cuando no existen los insumos necesarios para ejecutar una atención segura o cuando hay ausencia de protocolos, guías de manejo y socialización de estas. Se puede presentar también en aquellos casos en los que no se realiza capacitación ni procesos de inducción y reinducción al cargo.
- Individuo: este factor hace referencia al equipo de salud (enfermeras, médicos, regentes de farmacia, fisioterapeutas, auxiliares de laboratorio, auxiliares de enfermería, odontólogos, etc.), que contribuyen a la generación del error. Por ejemplo ocurre cuando el personal no cuenta con las habilidades y competencias para desarrollar el cargo, o se encuentran estresados, cansados o enfermos. Estas condiciones pueden llevar a que no se presente una adecuada adherencia a guías y protocolos institucionales.
- Equipo de trabajo: este factor se relaciona a las conductas del equipo de salud. Ejemplo: falta de comunicación asertiva, fallas en la supervisión, poca disponibilidad de soporte, etc.
- Ambiente: hace referencia a factores medioambientales que predisponen al error. Ejemplo: Iluminación, clima laboral físico, condiciones de hacinamiento, deficiencias en infraestructura, etc.
- Organización y Gerencia: este factor predisponente hace referencia a las decisiones de la gerencia que predisponen la ocurrencia del error o la falla. Ejemplo: políticas, cargas de trabajo, recursos laborales, etc.
- Contexto Institucional: hace referencia a las situaciones externas a la institución que contribuyen al error. Ejemplo: demoras en el proceso de atención por falta de autorizaciones, leyes, normatividad, etc. (3)

El Dr. James Reason planteó un modelo más conocido como el modelo de Queso Suizo, con el cual se puede entender lo que es un Evento Adverso. En este modelo se establece que entre los peligros y el daño hay una serie de deficiencias y fallas que pueden presentarse durante el proceso de atención. Para que estos peligros y fallas generen daño o un Evento Adverso, es necesario que los problemas y las fallas del proceso se alineen de tal forma que todas se presenten al mismo tiempo para que el evento ocurra lo que corresponde a los huecos del queso suizo. Es por esto por lo

que cuando se trabaja desde la seguridad del paciente, a partir del evento adverso ocurrido, es necesario iniciar el análisis de dicho evento, buscado entre los errores humanos o del sistema, cuáles fueron las fallas que llevaron a que el proceso no fuera efectivo, permitiendo que el daño se ejecutará. Una vez analizados estos errores o fallas, se pueden implementar barreras de seguridad que impidan que el daño se repita; de esta manera se están rellenando los huecos o fallas presentes en cada rodaja del Queso Suizo (18).



Gráfica 1. Modelo explicativo Queso Suizo.

#### 4.3. CONCEPTO SEGURIDAD DEL PACIENTE

El Ministerio de Salud y Protección Social define a la Seguridad del Paciente como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. Implica la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar las barreras de seguridad necesarias (19) La Organización Mundial para la Salud OMS brinda un concepto de Seguridad del Paciente como la disciplina de la atención de la salud que surgió con la evolución de la complejidad de los sistemas de atención de la salud y el consiguiente aumento de los daños a los pacientes en los centros sanitarios. Su objetivo es prevenir y reducir los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes durante la prestación de la asistencia sanitaria. Una piedra angular de la disciplina es la mejora continua basada en el aprendizaje a partir de los errores y eventos adversos (20).

#### **4.4. CONCEPTO DE EVENTO ADVERSO**

Un evento adverso es aquella lesión ocasionada a un paciente, derivada de la atención en salud y la cual no fue intencional que genera un daño en el estado de salud del paciente, ocasionando una demora en el alta de este, generando una estancia prolongada o una discapacidad temporal o definitiva al paciente e incluso la muerte. Los lineamientos para la construcción de una política de seguridad del paciente estable como evento adverso a “cualquier lesión no intencional causada por la atención en salud, más que por el proceso de enfermedad, que produce demora en el alta, estancia prolongada o discapacidad, y que puede amenazar la vida o causar la muerte del paciente” (16).

Para que un evento adverso se materialice viene precedido de una serie de fallas en el proceso de atención, que coinciden entre ellas en un momento determinado, teniendo como resultado la lesión al paciente.

Por lo tanto los eventos adversos pueden ser prevenibles o que se habrían evitado si se cumplen con los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado. Y no prevenibles que se presentan a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial. No obstante existen diversas clasificaciones para caracterizar los eventos adversos dependiendo de la necesidad de los servicios médicos.

##### **4.4.1. CLASIFICACIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS**

###### **CLASIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS SEGÚN LA SEVERIDAD (18):**

**LEVE:** El resultado para el paciente sintomático, dichos síntomas son leves, la pérdida funcional o el daño son mínimos, pero de corta duración y no hace falta intervenir o la intervención necesaria es mínima (Por ejemplo, observar más estrechamente o monitorización).

**MODERADO:** El resultado para el paciente es sintomático y exige intervenir (Por ejemplo, un tratamiento suplementario) o prolongar la estancia o causa un daño o una pérdida funcional temporal o de corta duración.

**GRAVE:** El resultado para el paciente es sintomático y exige una intervención que le salve la vida o medida mayor, acorta la esperanza de



vida o causa un daño o una pérdida funcional importante y permanente o de larga duración, o que pudo haberle ocasionado la muerte.

### **CLASIFICACIÓN DE LOS INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS SEGÚN EL GRADO DE AFECTACIÓN (21):**

Según un grupo de investigación de España "Ruiz-Jarabo", se crearon 9 categorías para clasificarlos de acuerdo con el grado de afectación del paciente. Dicha clasificación va de la A a la I del más leve a la que generó un daño mortal. Dicha propuesta fue utilizada en el estudio SYREC, que es un estudio de incidentes y eventos adversos en medicina intensiva en Madrid, España aprobado por el Ministerio de Sanidad y Política social.

**Categoría A:** circunstancias o situaciones con capacidad de producir un incidente pero que no llegan a producirlo por ser descubiertas y solucionadas antes de llegar al paciente.

**Categoría B:** el incidente alcanzó al paciente y no le causó daño. No requirió monitorización ni intervención.

**Categoría C:** el incidente alcanzó al paciente y no le causó daño, pero precisó monitorización y/o intervención para comprobar que no le había causado daño.

**Categoría D:** El incidente causó un daño imposible de determinar.

**Categoría E:** el incidente contribuyó o causó daño temporal al paciente y precisó intervención.

**Categoría F:** el incidente contribuyó o causó daño temporal al paciente y precisó o prolongó la hospitalización.

**Categoría G:** el incidente contribuyó o causó daño permanente al paciente.

**Categoría H:** el incidente comprometió la vida del paciente y se precisó intervención para mantener su vida.

**Categoría I:** el incidente contribuyó o causó la muerte del paciente.

## **CLASIFICACIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS SEGÚN EL TIPO DE ORIGEN (22):**

**Originados por aspectos administrativos:** En este rubro se incluyen en particular aquellos problemas relativos a la documentación del paciente, como serían los errores en etiquetas, pulseras de identificación, tarjetas, documentos ausentes o retraso en su disponibilidad, documento o historia clínica de otro paciente.

**En relación con los procedimientos clínicos:** Problemas de diagnósticos o de evaluación, errores en el procedimiento/tratamiento/intervención, no realización cuando estaba indicado, procedimiento incompleto o inadecuado o no disponible, procedimiento en paciente erróneo, parte/lado/lugar del cuerpo erróneo, retraso en el diagnóstico, no empleo de pruebas adecuadas, conducta no adecuada para el resultado de las pruebas complementarias.

**Relacionados con los cuidados hospitalarios:** Situaciones originadas por infecciones nosocomiales (de la herida quirúrgica, sondajes urinarios, neumonías, infección de cánulas intravasculares, prótesis), extravasación de catéteres, úlceras de decúbito, flebitis, salida accidental de sonda nasogástrica o vesical.

**Relacionados con la medicación:** Problemas surgidos por Errores de Medicación (EM), son los más frecuentes en la atención médica hospitalaria, se presentan hasta tres veces más en población adulta. En su mayoría provienen del personal de enfermería.

**Relativos a otros tratamientos:** Se relacionan con errores vinculados con sangre o productos sanguíneos, con aspectos de la nutrición, con oxígeno/gases/vapores.

**Relativos al proceso de comunicación:** Se originan por fallas de comunicación e interpretación entre el personal de salud y el paciente, pero también entre los diversos miembros del equipo sanitario. Por su importancia destacan los problemas entre el médico-paciente, médico-enfermera y médico-médico.

**Ocasionados por deficiencias diversas:** Problemas originados por infraestructuras/locales/instalaciones, en los dispositivos/equipos médicos

(falta de disponibilidad, inadecuación a la tarea, sucio o no estéril, avería/mal funcionamiento, conexión incorrecta.

**Con relación a recursos o gestión de la organización:** Adaptación de la gestión de la carga asistencial, disponibilidad e idoneidad de camas o servicios, disponibilidad e idoneidad de recursos humanos y materiales, correcta organización de equipos y personas, disponibilidad e idoneidad de protocolos, políticas, procedimientos y directrices.

En relación con las clasificaciones anteriores, de acuerdo con la complejidad de los servicios prestados en la IPS que fue analizada, el número de eventos presentados de manera retrospectiva, se escogió la clasificación según la severidad, previamente establecida en las Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud del Ministerio de protección social.

#### **4.5. FATIGA Y EL SÍNDROME DE BURNOUT**

La fatiga se considera una sensación física desagradable, con componentes cognitivos y emocionales, descrita como cansancio que no se alivia con estrategias comunes para recuperar la energía. Su duración e intensidad varían y reduce, en diferentes grados, la capacidad para realizar las actividades habituales (23). Su temporalidad marca diferencias en la salud de los trabajadores. La fatiga de carácter reciente (menos de 1 mes) se manifiesta por síntomas ocasionales que se inician rápidamente y duran poco, el descanso la alivia prontamente. En la fatiga prolongada el trabajador muestra sensación de fatiga por más de 1 mes y es más difícil de mitigar con el descanso; por último, el síndrome de fatiga crónica (más de 6 meses) es un cuadro que provoca cansancio extremo, que permanece en el tiempo y que imposibilita a la persona para desarrollar sus actividades habituales y que está asociada usualmente a enfermedades concomitantes (24).

El síndrome de burnout se describe por primera vez en 1974 por Herbert Freudenberger. quien explicaba el proceso de deterioro en la atención profesional y en los servicios que se prestaban en el ámbito educativo, social, sanitario, etc. Él lo definió como "una sensación de fracaso y una experiencia agotadora que resulta de una sobrecarga por exigencias de energía, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador" (25).

En 1988 Pines y Aronson proponen una definición más amplia...: "Es el estado de agotamiento mental, físico y emocional, producido por la involucración crónica en el trabajo en situaciones con demandas emocionales"... Brill, otro investigador de esta área, lo entiende como "un estado disfuncional relacionado con el trabajo en una persona que no padece otra alteración psicopatológica significativa" ... En consecuencia, teniendo en cuenta lo expuesto, se define operacionalmente el concepto como: "una respuesta al estrés laboral crónico integrada por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de la salud y, en general, en profesionales de organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios de la organización"(25).

Sin embargo, Maslach y Jackson (1986) son las autoras que han desarrollado con mayor profundidad este concepto. Definen el burnout como "un síndrome de cansancio emocional, despersonalización, y escasa realización profesional, que puede darse entre individuos que de alguna manera trabajan con personas; este síndrome puede llevar a un deterioro en la calidad de la asistencia y/o de los servicios proporcionados" (24).

Tanto la fatiga laboral como el síndrome de burnout presentan etiologías comunes implicando multiplicidad de factores, derivados del estrés mantenido en el tiempo, específicamente de las demandas impuestas por la tarea: carga física (trabajo muscular continuo) y mental (sobrecarga e infracarga), ambiente físico (vibraciones, iluminación, malas condiciones, etc.), momento del día y privación del sueño (turnos de trabajo con labores nocturnas), y las condiciones psicosociales del trabajo (autonomía, habilidades para enfrentar las tareas, relaciones interpersonales (23) .

Existen algunas diferencias relevantes entre el burnout y la fatiga con respecto a los factores laborales y de salud, y que el burnout y la fatiga pueden ocurrir tanto por separado como simultáneamente. Tener ambas condiciones simultáneamente parece estar asociado con peores resultados que tener cualquiera de las dos por separado, particularmente en términos de factores relacionados con la salud como la angustia psicológica y la salud general auto declarada. La fatiga pura parece estar más asociada a factores relacionados con la salud, mientras que el Burnout puro parece estar más asociado a factores relacionados con el trabajo (26).

En ese sentido se describen que los principales síntomas del síndrome de burnout son: Un bajo nivel de realización personal, relacionado con la tendencia a evaluarse negativamente; altos niveles de agotamiento emocional, los trabajadores expresan que ya no pueden dar más de sí por la carga emocional que implica enfrentarse a las demás personas; y de despersonalización, desarrollo de comportamientos que no corresponden a cómo era la persona (cinismo) debido a una coraza emocional. Las manifestaciones específicas, de acuerdo con el grado de desarrollo del síndrome, se clasifican en: leves (quejas vagas, cansancio y dificultad para levantarse en la mañana); moderados (cinismo, aislamiento, suspicacia y negativismo); graves (enlentecimiento, automedicación, ausentismo, aversión y abuso de drogas lícitas e ilícitas); y finalmente, extremos (aislamiento muy marcado, colapso, cuadros psiquiátricos y suicidios) (24).

#### **4.6. GLOSARIO (1).**

- **ATENCIÓN EN SALUD:** servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.
- **SEGURIDAD DEL PACIENTE:** es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
- **INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA:** un acontecimiento o una circunstancia que puede alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.
- **FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD:** una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.
- **FALLAS ACTIVAS O ACCIONES INSEGURAS:** son acciones u omisiones que tienen el potencial de generar daño u evento adverso. Es una conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc.).

- FALLAS LATENTES: son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por miembros de los procesos de apoyo (personal administrativo).
- EVENTO ADVERSO: es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:
  - EVENTO ADVERSO PREVENIBLE: resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.
  - EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE: resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.
- INCIDENTE: es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.
- ESTRÉS OCUPACIONAL: se define como las reacciones nocivas físicas y emocionales que ocurren cuando las exigencias del trabajo no igualan las capacidades, los recursos o las necesidades del trabajador.

**SÍNDROME DEL QUEMADO PROFESIONAL (BURNOUT SYNDROME):** es una respuesta a una situación de estrés laboral crónico, esto es prolongado en el tiempo. Esta respuesta se caracteriza por desarrollar actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja, así como hacia el propio papel o rol profesional; es sinónimo de encontrarse emocionalmente agotado.

## **5. MARCO NORMATIVO**

La ley 1751 de 2016 o Ley estatutaria consagra a la salud como un derecho fundamental, así como su regulación y establecer sus mecanismos de protección, capítulo III, artículo 18; Respeto a la dignidad de los profesionales y trabajadores de la salud, establece que el talento humano en salud, estarán amparados por condiciones laborales justas y dignas...(27).

La resolución 3100 de 2019 definió los procedimientos y condiciones de los prestadores de salud y de habilitación de servicios de salud para brindar seguridad a los usuarios frente a los riesgos asociados a la atención (28).

Decreto 1011 de 2006 estableció el Sistema obligatorio de garantía de calidad en salud con el fin de desarrollar acciones orientadas a la mejora de los resultados de la atención en salud centrados en el usuario (29).

La ley 269 de 1996, en el artículo 2 establece que la jornada de trabajo del personal asistencial tanto diario como semanalmente. En el artículo 3 y 5 de la misma ley se habla acerca de la no concurrencia de horarios con una única excepción y la adecuación de la jornada laboral con su respectiva remuneración siempre que las circunstancias del servicio lo permitan, respectivamente (30).

Paquetes instruccionales del Ministerio de la protección social, “prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” prevenir el cansancio del personal en salud, plantea lineamientos y planes de acción para la mejora del cansancio del personal asistencial (1).

La circular 0064 de 2020 nos habla acerca de las acciones mínimas de intervención y evaluación de los factores de riesgo psicosocial, promoción de la salud mental y la prevención de problemas mentales en los trabajadores durante la pandemia del COVID-19, en ella se establece que se deben facilitar los espacios y tiempos para realizar actividades de promoción y prevención del riesgo psicosocial a cargo de la ARL. Además de ofrecer asistencia psicológica remota y desarrollar actividades encaminadas a la promoción de la salud y la prevención del estrés producidos por efecto de la pandemia (31).

Ley 1562 de 2012 Busca mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo, así como la salud en el trabajo, que conlleva la promoción y el mantenimiento del bienestar físico, mental y social de los trabajadores en su labor diaria (32).

La resolución 2646 de 2008 hace obligatoria la evaluación de los riesgos psicosociales que los empleados se ven expuestos durante la ejecución de sus labores “establecer disposiciones y definir responsabilidades para la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo y para la determinación del origen de las patologías causadas por estrés ocupacional” (33).

La resolución 2404 de 2019 especifica los referentes técnicos mínimos obligatorios para la intervención en los factores de riesgo social y se establece el promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en el entorno laboral, el protocolo de

intervención de factores psicosociales para trabajadores de la salud y asistencia social y el protocolo de prevención y actuación- Síndrome de agotamiento laboral “Burnout” (34).

En Colombia el programa de seguridad del paciente hace parte del sistema obligatorio de Garantía de calidad de la atención en salud, buscando minimizar y/o eliminar la ocurrencia de eventos adversos cumpliendo de esta manera con la resolución 3100 de 2019 donde se establecen los procedimientos y condiciones de habilitación de los prestadores de servicios en salud.

Este trabajo se acogió a la propuesta conceptual del Ministerio de Salud y Protección Social, en la que la identificación de fallas, entiéndase por estas, incidentes y eventos adversos, proporcionan elementos estructurales para la creación de metodologías que buscan la prevención en la ocurrencia de eventos adversos en el proceso de la atención en salud o minimizar sus consecuencias.

## **6. METODOLOGÍA**



## **6.1 ENFOQUE Y DISEÑO**

Se realizó una investigación de tipo descriptivo, de corte transversal ya que se midió el Burnout en una fecha definida y retrospectiva puesto que se evaluarán las fallas de los últimos seis meses hasta septiembre del 2021. Se trata de un estudio de enfoque mixto debido a que se hizo un análisis cuantitativo a las variables que miden la incidencia de los eventos de seguridad del paciente y del síndrome de Burnout; adicional a esto se considera también un enfoque cualitativo ya que se definió las fallas según los análisis realizados a los eventos adversos e incidentes. Finalmente se hizo un análisis de estas variables en busca de establecer las fallas con mayor incidencia y el nivel de burnout en el personal asistencial de la institución de salud ocupacional Onmisalud IPS en la ciudad de Medellín, Colombia. La investigación de tipo descriptivo tiene como objeto establecer las características de un fenómeno en una población en un momento de tiempo determinado, es por esto por lo que con esta investigación se buscó medir el burnout del personal asistencial y las fallas en atención en salud más comunes.

La medición del Burnout se llevó a cabo durante un periodo de tiempo de dos meses comprendidos entre octubre y noviembre de 2021. El análisis de las fallas se midió en un periodo de tiempo comprendido entre abril y septiembre del 2021.

## **6.2. POBLACIÓN Y MUESTRA**

### **Población de Estudio**

En consecuencia a lo anterior la presente investigación se realizó al personal de Onmisalud IPS de la ciudad de Medellín en su sede principal.

### **Muestra**

Se tomó una muestra a conveniencia con los siguientes criterios:

- Trabajadores asistenciales y de admisiones que tengan relación con la atención directa del paciente.
- Por lo tanto se seleccionaron 42 trabajadores, los cuales hacen parte de todo el proceso de atención de los usuarios desde la admisión, pasando por la atención de consultas médicas y odontológicas, fonoaudiología, optometría, psicología, terapia respiratoria y laboratorio clínico.

### **Criterios de Inclusión.**

- Personal con contratación laboral y por prestación de servicios.
- Los eventos adversos analizados fueron los que se presentaron en estos mismos servicios de la muestra.

### **Criterios de Exclusión:**

- Personal administrativo que no participa en el proceso de atención de los pacientes.
- Personal con contrato laboral de aprendizaje.
- Personal en licencias, vacaciones y/o incapacitados, en el momento de la aplicación de las herramientas.

## **6.3. PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

Se realizó un análisis de los eventos adversos e incidentes de la institución, tomando como referencia el “Formato de Registro, Análisis, Seguimiento y Gestión de Eventos Adversos” de Omnisalud IPS; posterior a esto, se identificaron las fallas más comunes en la atención mediante la implementación del protocolo de Londres a los eventos de seguridad del paciente identificados.

Una vez se establecieron los datos se procedió a determinar en cuáles servicios o procesos de la atención tienen mayor prevalencia. Se realizó la tabulación de los datos obtenidos, mediante una matriz en formato Excel, la cual nos permitió establecer la relación de los resultados obtenidos mediante gráficas y tablas dinámicas.

## **6.4. INSTRUMENTOS**

Para la medición del Burnout en los trabajadores de Omnisalud IPS, se utilizó un instrumento validado para evaluar el síndrome, el cuestionario Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey (MBI HSS), que fue aplicada a cada participante, que de manera voluntaria decidió hacer parte de la investigación. Por medio del MBI HSS fue recopilada la información que evalúa mediante 22 ítems, las tres variables centrales que caracterizan al síndrome de Burnout en el personal de la salud: agotamiento, despersonalización y baja realización profesional. A cada encuestado se le aseguró total confidencialidad en el manejo de la información.

## 6.5. PLAN DE ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

- Para el cumplimiento del primer objetivo se utilizó el Formato de Registro, Análisis, Seguimiento y Gestión de Eventos Adversos de Omnisalud IPS (anexo 1) para identificar y describir cuales son los eventos adversos e incidentes en atención en salud más prevalentes en la Institución.
- Con la información encontrada se procedió a realizar un análisis de los principales eventos e incidentes, y de los servicios en donde estas se presentan, mediante un análisis de causa raíz utilizando el protocolo de Londres (anexo 2), se determinaron las fallas en la atención en salud dando respuesta al segundo objetivo.
- Para el tercer objetivo se tomaron los datos obtenidos del cuestionario MBI HSS; con este se midieron el agotamiento, la despersonalización y la realización personal de los colaboradores asistenciales de la IPS.

La aplicación y análisis del cuestionario Maslach Burnout, se describe a continuación: está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del empleado en su trabajo y hacia los pacientes y su función es medir el desgaste profesional. Mide los 3 aspectos del síndrome de Burnout en subescalas:

- Agotamiento emocional; EE ("emotional exhaustion"): Valora el estar cansado emocionalmente por las demandas del trabajo. Consta de 9 preguntas (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.), máxima puntuación 54 puntos. La puntuación es directamente proporcional a la intensidad del síndrome, cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es el agotamiento emocional y el nivel de Burnout experimentado por el sujeto.
- Despersonalización; DP ("despersonalización"): Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Está formada por 5 ítems (5, 10, 11, 15, 22.), puntuación máxima 30 puntos. Su puntuación es directamente proporcional a la intensidad del síndrome, cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor la despersonalización y el nivel de Burnout experimentado por el sujeto.

- Realización personal; PA (“personal accomplishment”) : Evalúa los sentimientos de autoeficiencia y realización personal en el trabajo. Se compone de 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.), puntuación máxima 48 puntos. Cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es la realización personal, en este caso la puntuación es inversamente proporcional al grado de Burnout. Es decir, a menor puntuación de realización o logro personal más afectado está el sujeto.

Estas tres subescalas tienen una gran consistencia interna, considerándose el grado de agotamiento como una variable continua con diferentes grados de intensidad.

Tabla 1. Subescala

Subescala	Código	Ítems	Número de ítems	Puntaje por ítem	Puntaje por subescala	Indicios Burnout
Agotamiento emocional	EE	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20	9	De 0 a 6	De 0 a 54	Más de 26
Despersonalización	DP	5, 10, 11, 15, 22	5	De 0 a 6	De 0 a 30	Más de 9
Realización personal	PA	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21	8	De 0 a 6	De 0 a 48	Menos de 34

Escala Maslach Burnout Inventory (MBI). (35)

Tabla 2. Valoración

Subescala	Bajo	Medio	Alto
Agotamiento emocional	De 0 a 18	De 19 a 26	<b>De 27 a 54 (*)</b>
Despersonalización	De 0 a 5	De 6 a 9	<b>De 10 a 30 (*)</b>
Realización personal	<b>De 0 a 33 (*)</b>	De 34 a 39	De 40 a 56

(\*) Síntomas del Síndrome de Burnout

Escala Maslach Burnout Inventory (MBI). (35)

Las puntuaciones de cada subescala se suman de manera individual y no conjuntamente ni se obtiene una puntuación total del MBI. En caso de obtener un bajo agotamiento emocional, una baja despersonalización y una alta realización personal en el trabajo, no existe burnout o el riesgo es leve o bajo. En los casos donde se hablaría de la existencia de burnout (alto o grave en el caso de obtener un alto agotamiento emocional, alta despersonalización y baja realización personal. Es decir, puntuaciones altas en las dos primeras y bajas en la tercera definen el síndrome. (35)

## **6.6. COMPONENTE ÉTICO**

La presente investigación tuvo como referencia la resolución 8430 de 1993, “por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud” (36). Considerando lo referido en la mencionada resolución; 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: b) Investigación de riesgo mínimo: Son estudios prospectivos que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en: exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamientos rutinarios”. En esta investigación la población tuvo riesgo nulo de sufrir daño biológico, fisiológico, psicológico o social.

Se solicitó autorización para el acceso y uso de los datos de Omnisalud IPS. En la publicación del trabajo de grado se mantuvieron anonimizados los datos de la entidad y la de todas las personas participantes así como los datos de los pacientes que sufrieron fallas en el proceso de atención. La información recolectada no fue usada para instaurar denuncias ni actos punitivos para la entidad objeto de la investigación ni de sus colaboradores.

## **6.7. CONSENTIMIENTO INFORMADO**

El consentimiento informado fue aplicado de manera digital o virtual, este se encontraba al inicio de la herramienta de evaluación del Burnout (MBI), el cual luego de ser leído daba la opción de aceptar participar en la investigación y así para poder dar inicio con la encuesta de manera automática. Con el fin de garantizar confidencialidad de las respuestas del encuestado y exoneración de responsabilidades a los investigadores; no se guardaron registros de los participantes como correos electrónicos, nombres o datos que dieran con la identidad de los mismos. (ver anexo 3)

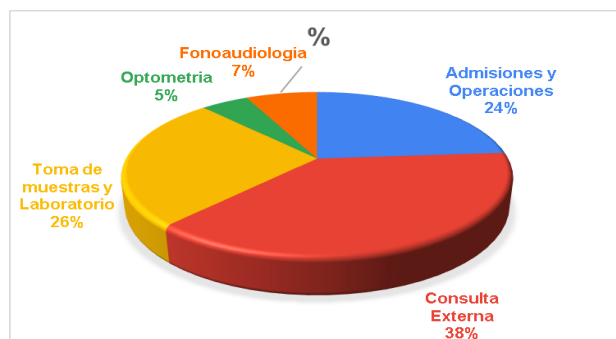
## 7. RESULTADOS

## RESULTADOS

Luego de aplicar la encuesta MBI HSS a 42 empleados de la IPS Omnisalud, previamente aplicado los criterios de inclusión y exclusión, en la ciudad de Medellín, se encontraron los siguientes resultados:

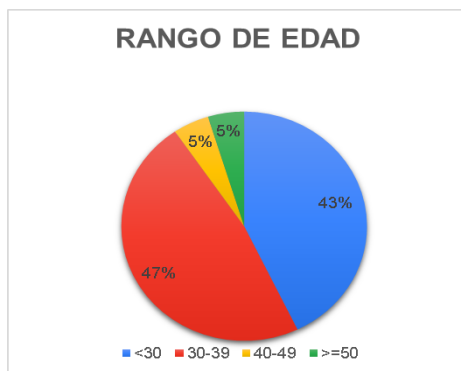
### RESULTADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

El 38,1% de los encuestados pertenecen al área de consulta externa, el 26.2% al área de toma de muestras, el 23,8% admisiones y operaciones, y el 7,1 % y 4,8% a fonoaudiología y optometría respectivamente.



Gráfica 2. Proporción por áreas de trabajo.

Respecto a las edades, se encuentra que el 42,9 % de los encuestados tienen menos de 30 años, el 47,6 tienen entre 30 y 39 años y el 4,8%, entre 40 y 49 y el 4,8% restante igual o mayor a 50 años.



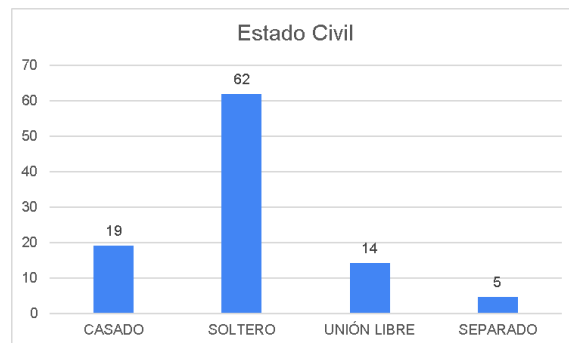
Gráfica 3. Rango de edades

En distribución por sexo tenemos que el 69% de los encuestados fueron mujeres, frente a un 31% de hombres.



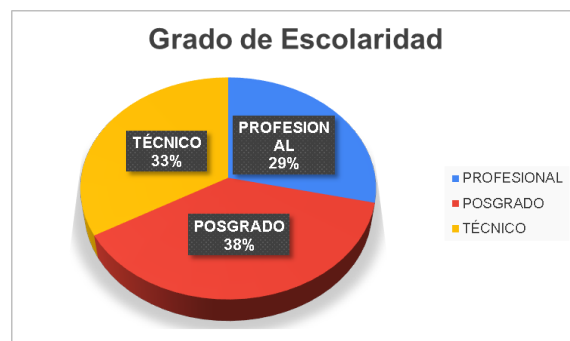
Gráfica 4. Distribución por sexo

En relación al estado civil, se encontró que el 62% están solteros, el 19% de casados, el 14% en unión libre y un 5% separados.



Gráfica 5. Estado Civil

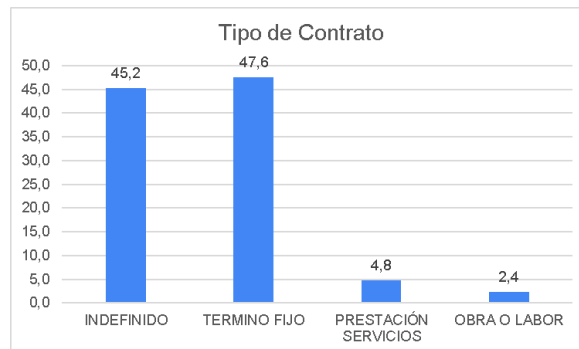
El grado de escolaridad se obtuvo que el 38% de los encuestados poseen un posgrado, el 33% una formación técnica y un 29% un pregrado.



Gráfica 6. Grado de Escolaridad



En tipo de contratación se encuentra que el 45,2% posee un contrato a término indefinido, el 47,6% a término fijo y un 4,8% y 2,4% por prestación de servicios y obra o labor respectivamente.



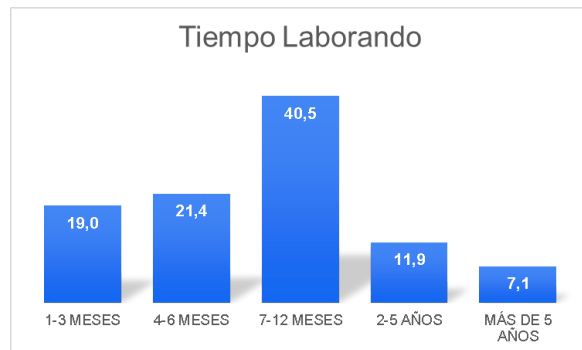
Gráfica 7. Tipo de Contratación

El 81% de los encuestados trabajan más de 8 horas, mientras el 19% labora menos de 8 horas.



Gráfica 8. Horas laboradas día

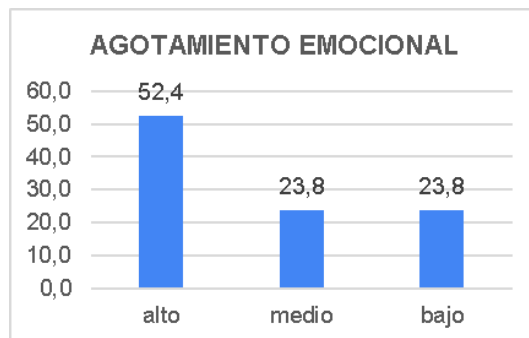
El 40,5% de los encuestados llevan laborando entre 7 a 12 meses, el 21,4% de 4 a 6 meses, el 19% entre 1 a 3 meses, el 11,9% de 2 a 6 años y solo el 7,1% más de 5 años.



Gráfica 9. Antigüedad laboral

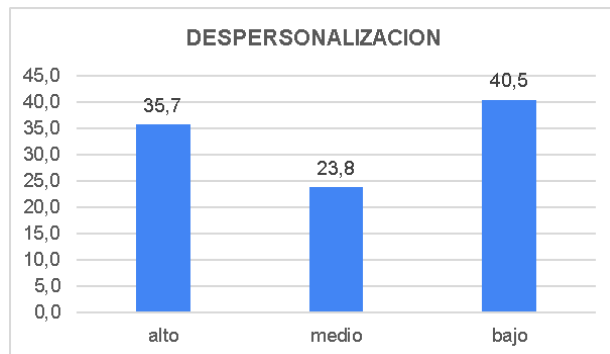
## RESULTADOS POR SUBESCALAS

De manera general el 52,4% de los encuestados manifiestan tener un alto grado de agotamiento emocional, el 23,8% medio y el 23,8% bajo grado.



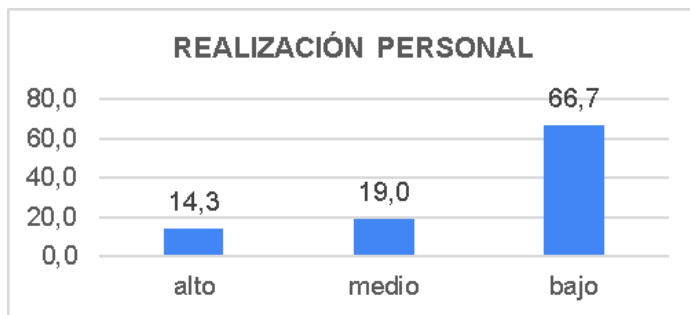
Gráfica 10. Agotamiento emocional Global

En relación a la despersonalización, el 35,7% presentan un grado alto, el 23,8 y 40,5% grado medio y bajo respectivamente.



Gráfica 11. Despersonalización Global

En cuanto a la realización personal el 66,7% muestran tener una baja realización, y un 19% y 14,3% una media y alta respectivamente.



Gráfica 12. Realización personal global

Del total de encuestados el 31% mostró un algo grado de Agotamiento emocional EE y despersonalización DP y una baja autorrealización personal PA.

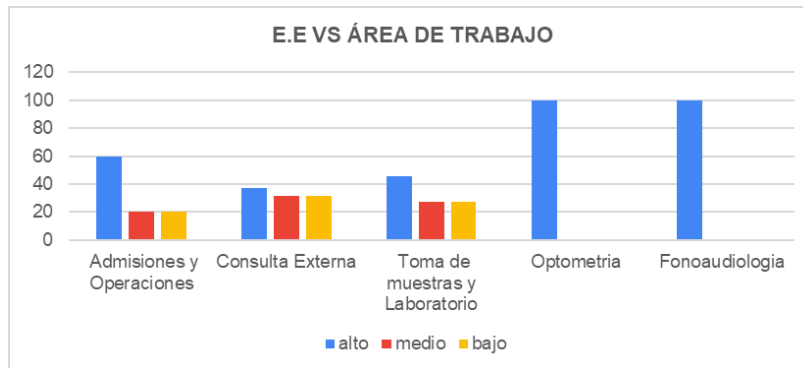


Gráfica 13. Burnout Global

## RESULTADOS POP CRUCES DE VARIABLES

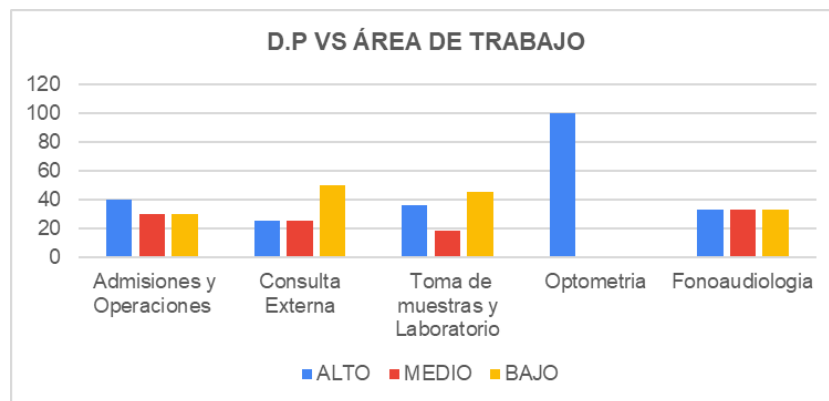
Al cruzar los datos sociodemográficos con las subescalas encontramos que:

Las áreas de trabajo que presentan un alto agotamiento emocional son optometría y fonoaudiología con una participación del 100% para ambos. Seguido del área de admisiones y operaciones (60%).



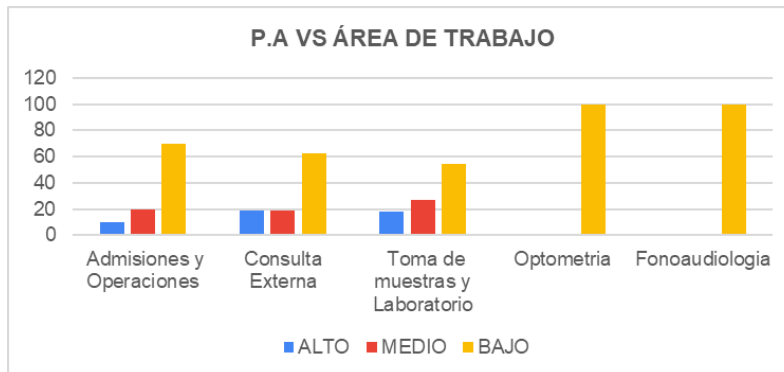
Gráfica 14. EE vs Área de Trabajo

El nivel que presenta un nivel de despersonalización alto en mayor cantidad, es nuevamente el servicio de Optometría con una participación del 100%, seguido del área de admisiones y operaciones (40%)



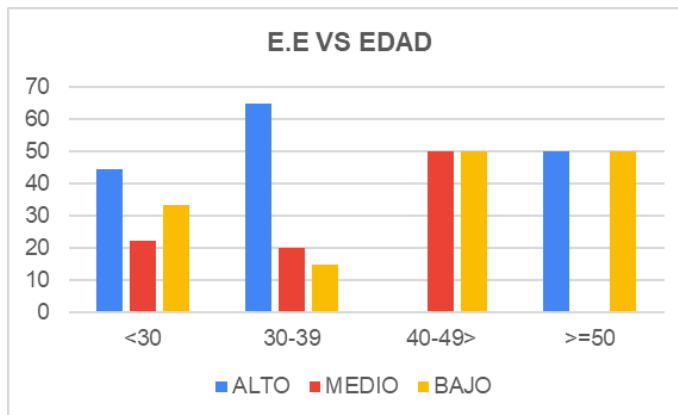
Gráfica 15. DP vs Área de Trabajo

Los servicios de Optometría y fonoaudiología presentan un nivel de realización personal baja, siendo más representativos que el resto de los servicios; de igual manera se evidencia que en el área de admisiones y operaciones el 70% del personal también presenta un bajo nivel de realización personal.



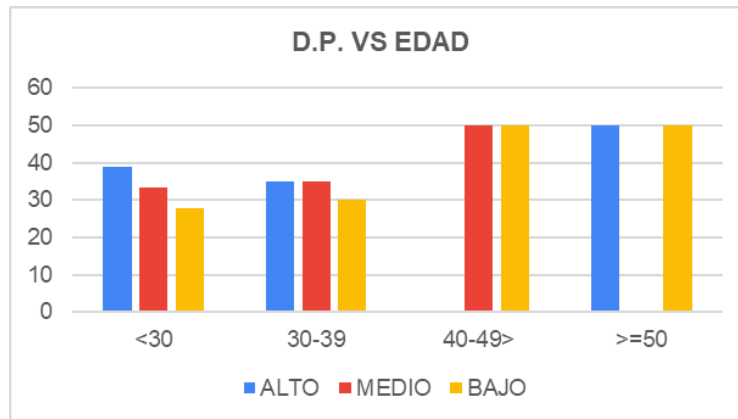
Gráfica 16. PA vs Áreas de Trabajo

Las personas en rangos de edades de 30-39 años experimentan mayor nivel de agotamiento emocional con un 65%.



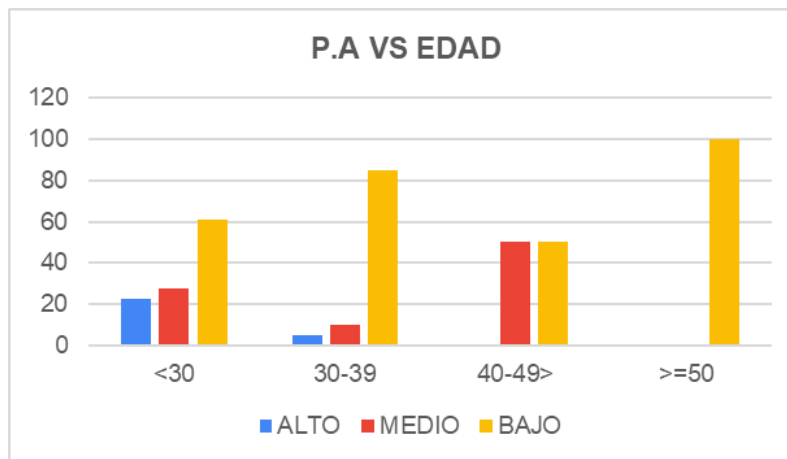
Gráfica 17. EE vs edad

El nivel de despensalización alto con respecto a la edad, tiene un comienzo alto con un 39% en edades inferiores a los 30 años, luego va descendiendo hasta los 49 años y nuevamente aumenta después de los 50 con un total del 50%..



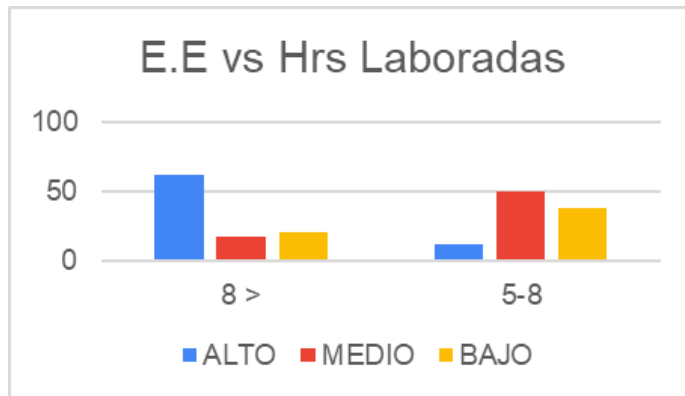
Gráfica 18. DP vs Edad

El nivel de realización personal es bajo en personas de edad menor a los 30 años con un 61% y va aumentando hasta los 39 años con un total de 85%, a lo que comienza a descender hasta el 50% en rangos de edades entre los 40-49 años, teniendo un pico final del 100% para edades entre los 50 años.



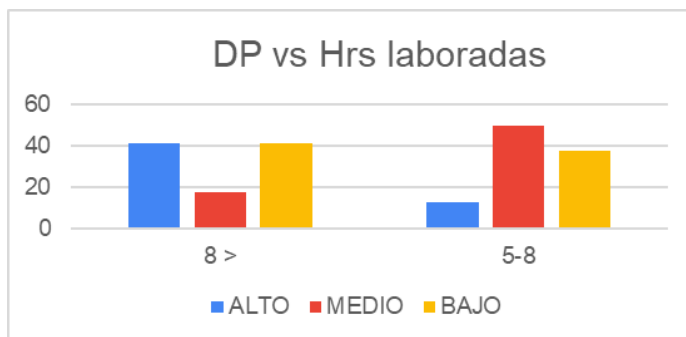
Gráfica 19. PA vs Edad.

El agotamiento emocional alto se da en mayor proporción en personas que laboran más de 8 horas por día con un 62%, mientras que los que laboran en un tiempo menor sólo el 13%.



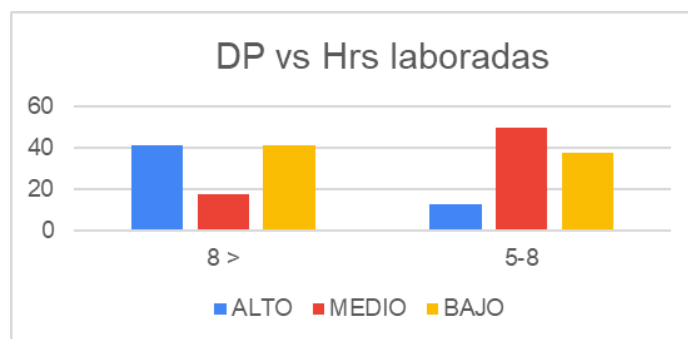
Gráfica 20. EE vs Horas Laboradas

En nivel de despersonalización alto se da principalmente en las personas que laboran más de 8 horas por día con un total de 41%



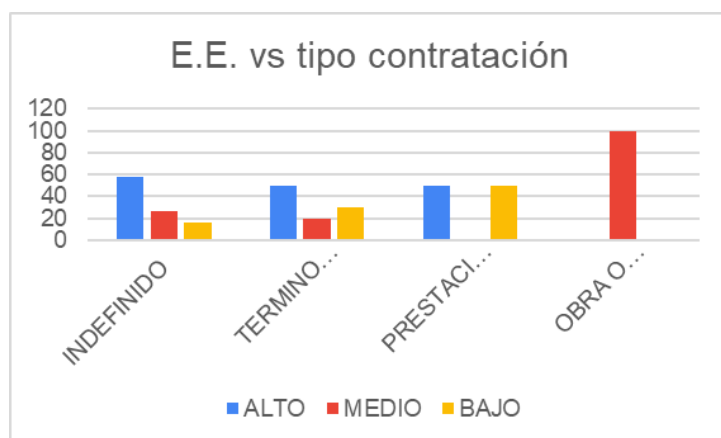
Gráfica 21. DP vs Horas Laboradas

El nivel de realización personal bajo está presente en un 74% de las personas que laboran más de 8 horas por día, mientras que sólo el 38% de las que trabajan de 5-8 h lo presentan en nivel bajo.



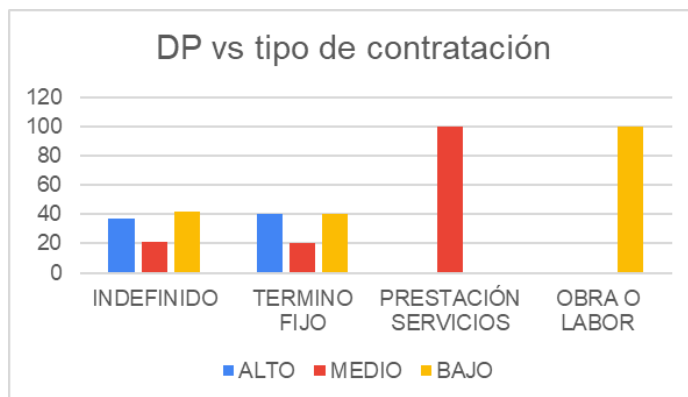
Gráfica 22. PA vs Horas Laboradas

El agotamiento emocional alto se presenta en mayor porcentaje en las personas con contrato indefinido con un total del 58% con respecto a una ligera variación del 50% total en contratos como término fijo y prestación de servicios.



Gráfica 23. EE vs Tipo de contrato

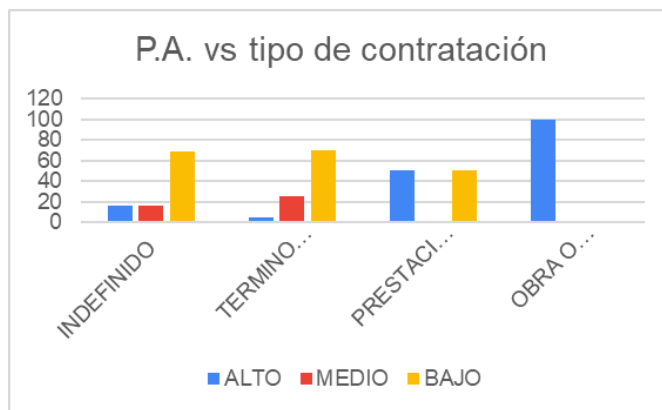
El nivel de despersonalización bajo se presentó en un 100% del personal con contrato obra labor.



Gráfica 24. DP vs Tipo de contrato

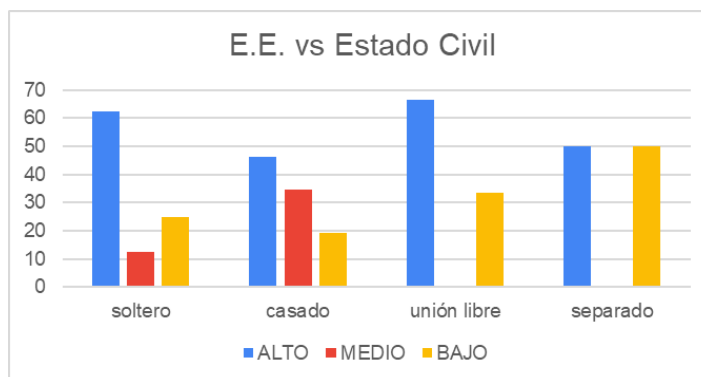
Para el personal con contrato indefinido y término fijo presentan una baja realización personal con un 46.4 y 50%, respectivamente.





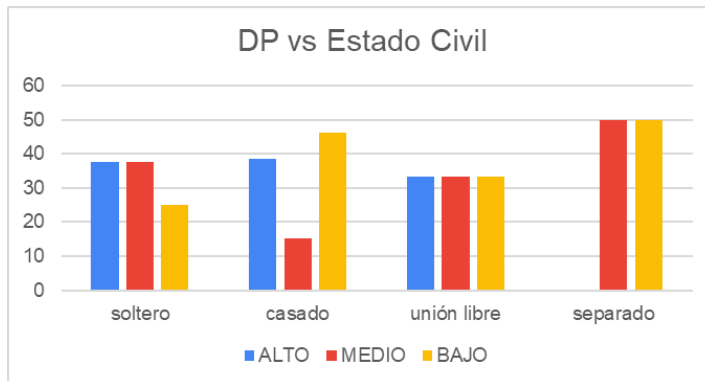
Gráfica 25. PA vs Tipo de contrato

El nivel de agotamiento emocional alto se presentó en mayor proporción en las personas que se encuentran en unión libre con un total del 67%, seguido por el 63% de los solteros. Los casados presentan los niveles más bajos de EE, pero igualmente en PA.



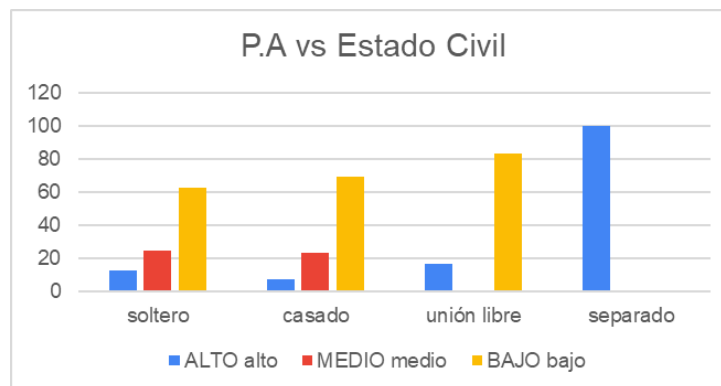
Gráfica 26. EE vs Estado Civil

La despersonalización en grado alto se presenta en igual proporción entre personas solteras y casadas con un total del 38% para ambos casos, mientras que el nivel bajo se da principalmente en separados con un total del 50%.



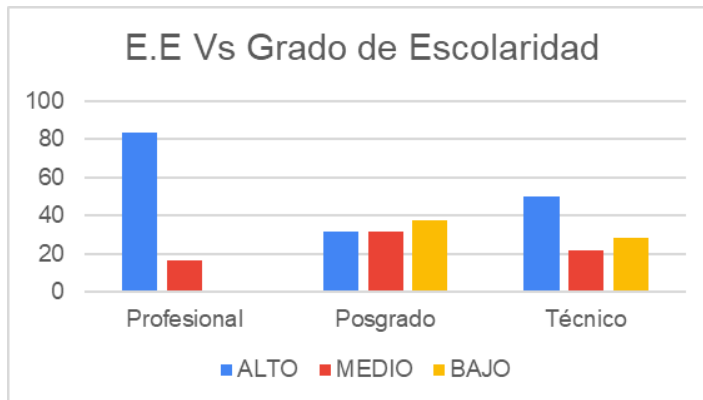
Gráfica 27. DP vs Estado Civil

El nivel alto de realización personal se da en un 100% de las personas separadas, mientras que el 83% de las personas en Unión libre tienen un nivel bajo al igual que los otros estados..



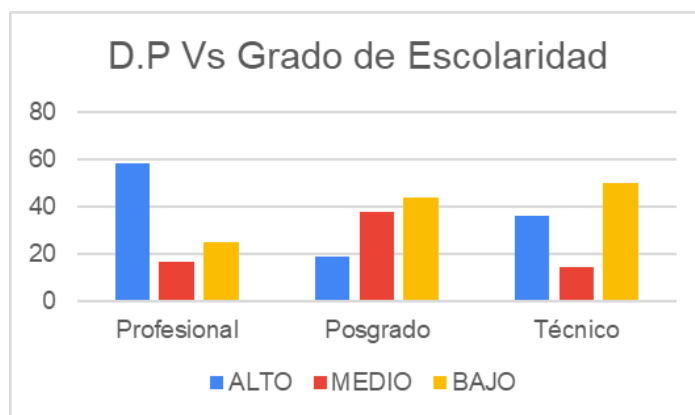
Gráfica 28. PA vs Estado Civil

El agotamiento emocional alto con respecto al grado de escolaridad se da en un 83% de los profesionales, mientras al contar con un posgrado sólo el 31% de estos lo presentan en este nivel.



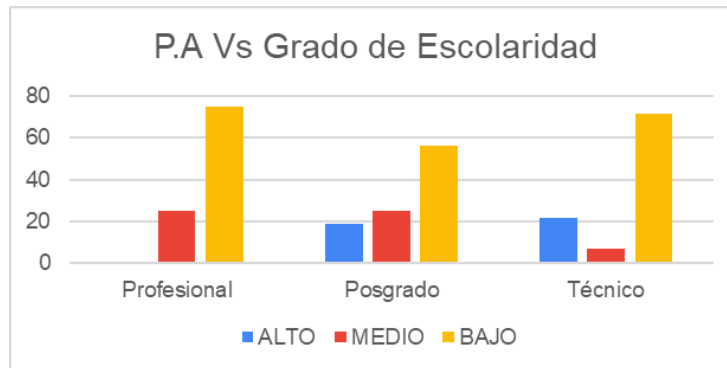
Gráfica 29. EE vs Grado de Escolaridad

El personal profesional presenta un 58% de nivel alto de depersonalización con respecto a los profesionales con posgrado que presentan un 19% del mismo.



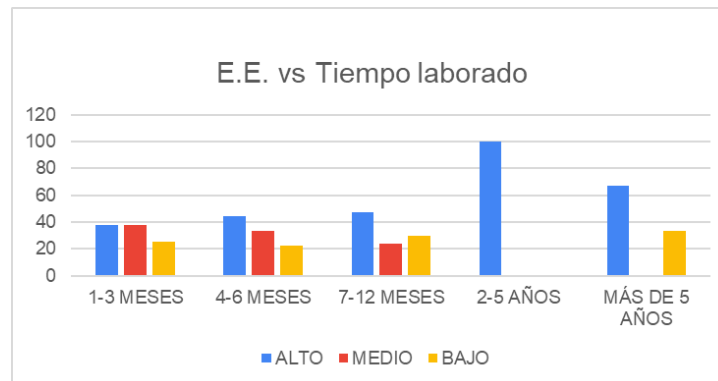
Gráfica 30. DP vs Grado de Escolaridad

El nivel bajo de realización personal se dió en un 75% de los profesionales y se presentó en menor medida en los profesionales con posgrado con un total de 56%



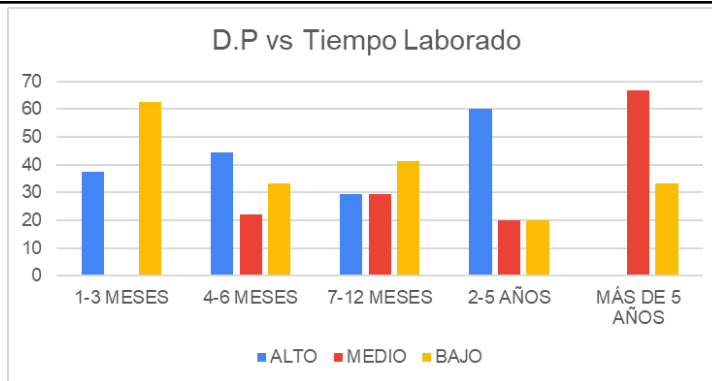
Gráfica 31. PA vs Grado de Escolaridad

El nivel de agotamiento emocional alto tiene un inicio del 38% en personas que llevan de 1-3 meses laborando en la institución, y tiene un aumento gradual, llegando al pico máximo del 100% en personas con un total de 2-5 años, y vuelve a descender hasta llegar al 66% en personas con más de 5 años laborados en la organización.



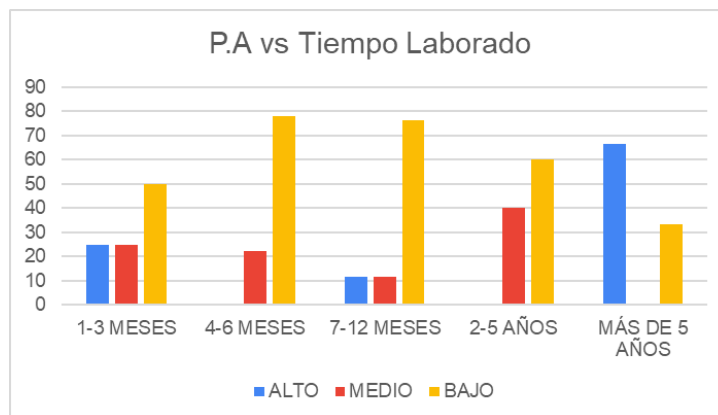
Gráfica 32. EE vs Tiempo Laborado

La despersonalización alta se presentó en menor nivel en las personas con 1-3 meses laborando en la institución con un 38% de los mismos, mientras que el 60% de quienes llevan de 2-5 años presentan dicho nivel.



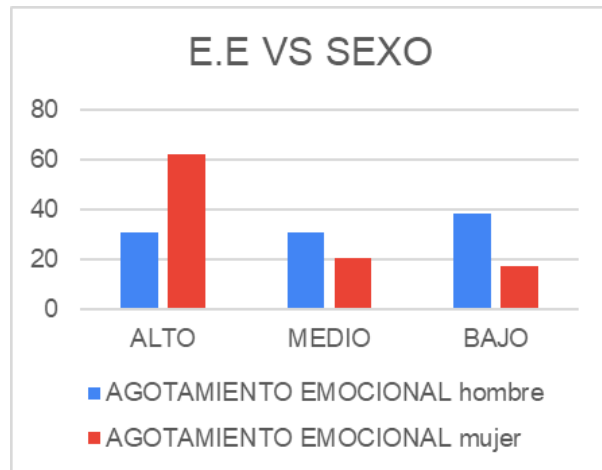
Gráfica 33. DP vs Tiempo Laborado

El nivel bajo de realización personal se dió en un 50% de las personas con 1-3 meses laborando en la institución y aumentó en un total del 78% para el personal con 4-6 meses de permanencia y comienza a descender gradualmente hasta el 33% presentado en personal que lleva más de 5 años.



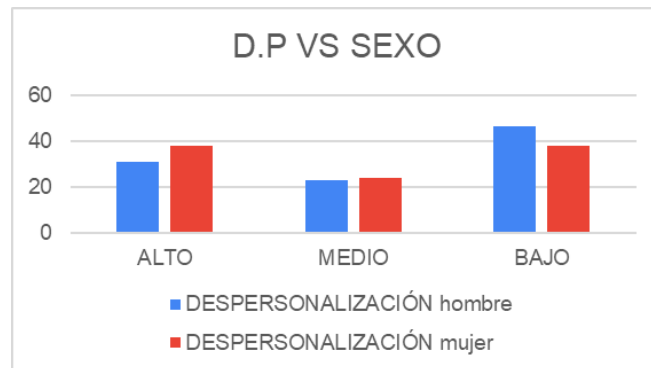
Gráfica 34. PA vs Tiempo Laborado

Las mujeres presentaron un nivel alto de agotamiento emocional con un total del 62%, mientras que los hombres solo el 31% de los mismos.



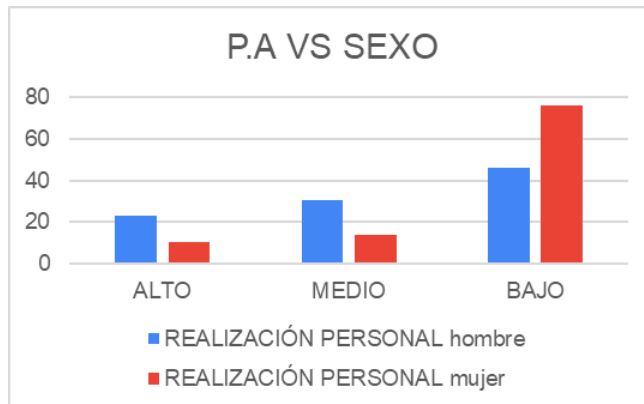
Gráfica 35. EE vs sexo

Los hombres presentan en un 46% un nivel bajo de despersonalización, mientras que en las mujeres se da en un 38%.



Gráfica 36. DP vs Sexo

El nivel más bajo de realización personal se da en el 76% de las mujeres y en el 46% de los hombres encuestados.

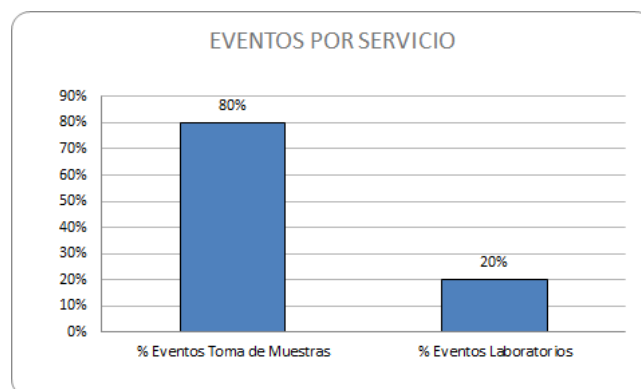


Gráfica 37. PA vs sexo

## RESULTADOS ANÁLISIS FALLAS EN LA ATENCIÓN

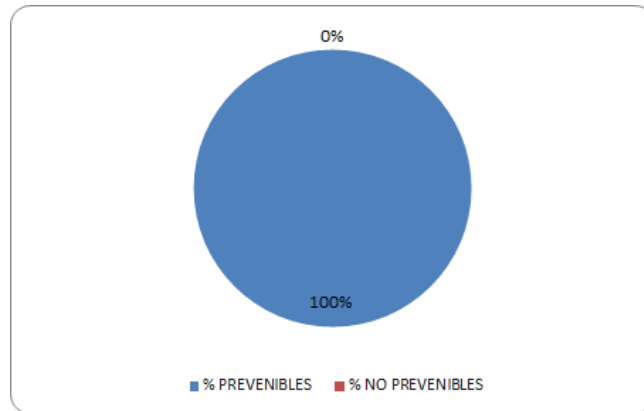
Se realizó el análisis de 15 eventos de seguridad del paciente reportados en la institución, desde marzo a septiembre de 2021, usando como herramienta el Protocolo de Londres; se identificó que solo 10 de estos reportes corresponden a Eventos Adversos, 4 complicaciones y 1 incidente.

De los Eventos adversos reportados se identificó que el 80% de los eventos adversos reportados se presentó en el área de Toma de muestras y el 20 % en el laboratorio.

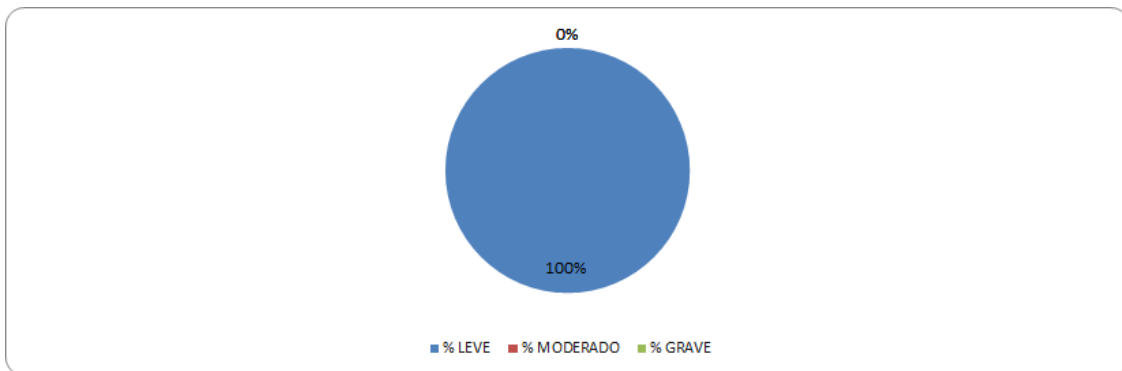


Gráfica 38. Eventos por servicio

Se identificó que el 100% de los eventos adversos reportados fueron prevenibles, eventos que a su vez en su totalidad fueron clasificados como leves.



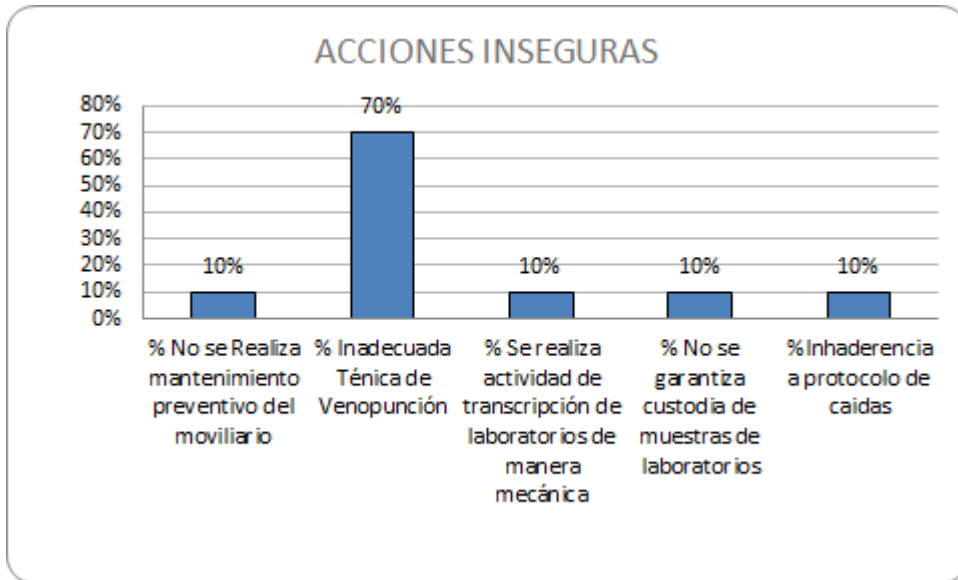
Gráfica 39. Tipo de evento



Gráfica 40. Clasificación por gravedad

Las acciones inseguras identificadas fueron: Inadecuada técnica de venopunción, correspondiendo al 70% de los eventos reportados; no se realiza mantenimiento preventivo del mobiliario, transcripción de órdenes de manera mecánica, Inadecuada custodia de muestras del laboratorio, cada una representando el 10 % de los eventos adversos identificados.



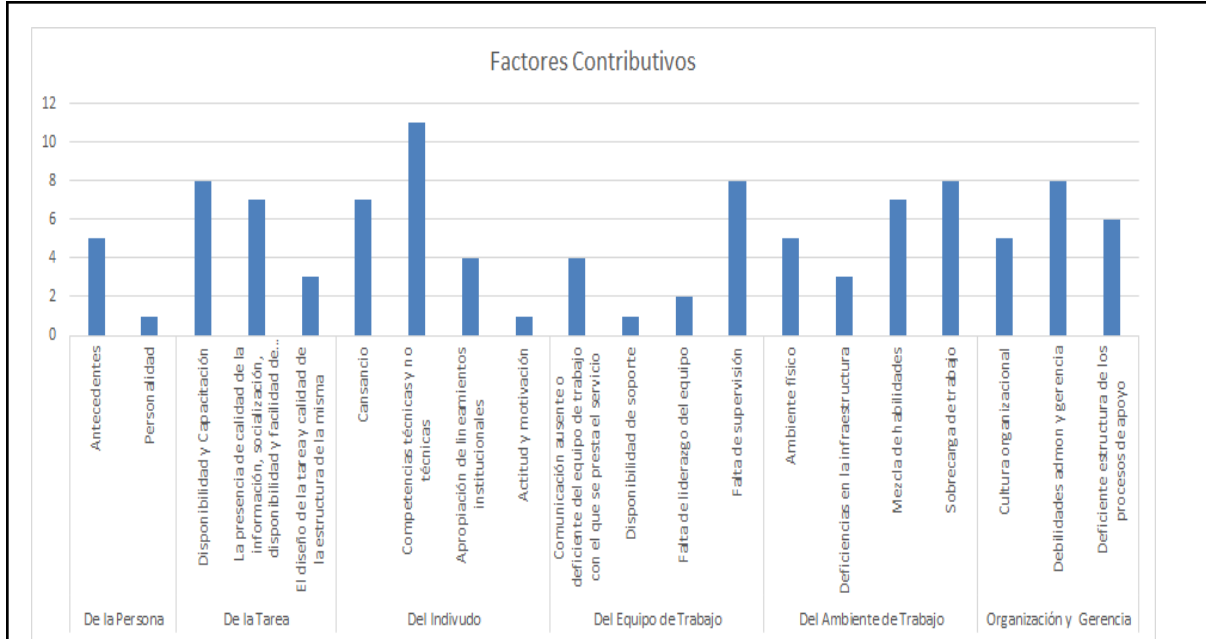


Gráfica 41. Acciones Inseguras

En cuanto a los factores contributivos, se identifica que los relacionados con El Individuo, La Tarea, El ambiente de Trabajo, la Organización y la Gerencia, y El Equipo de trabajo, son los más representativos. Así mismo se identifica que el factor contributivo que más influyó para que se presentaran los eventos adversos fueron los que estuvieron ligados al Individuo y dentro de este los relacionados con las Competencias Técnicas y no Técnicas, es decir con la preparación y experiencia del profesional.

FACTORES CONTRIBUTIVOS			
De la Persona	Antecedentes	5	4.76%
	Personalidad	1	0.95%
De la Tarea	Disponibilidad y Capacitación	8	7.6%
	La presencia de calidad de la información, socialización, disponibilidad y facilidad de consulta de guías, protocolos, y procedimientos misionales	7	6.6%
	El diseño de la tarea y calidad de la estructura de la misma	3	2.85%
Del Individuo	Cansancio	7	6.66%
	Competencias técnicas y no técnicas	11	10.47%
	Apropiación de lineamientos institucionales	4	3.8%
	Actitud y motivación	1	0.95%
Del Equipo de Trabajo	Comunicación ausente o deficiente del equipo de trabajo con el que se presta el servicio	4	3.8%
	Disponibilidad de soporte	1	0.95%
	Falta de liderazgo del	2	1.9%
	Falta de supervisión	8	7.61%
Del Ambiente de Trabajo	Ambiente físico	5	4.76%
	Deficiencias en la infraestructura	3	2.85%
	Mezcla de habilidades	7	6.66%
	Sobrecarga de trabajo	8	7.61%
Organización y Gerencia	Cultura organizacional	5	4.75%
	Debilidades admon y gerencia	8	7.61%
	Deficiente estructura de los procesos de apoyo	6	7.71%
<b>Total Factores Contributivos</b>		<b>105</b>	<b>100%</b>

Tabla 3. Factores contributivos



Gráfica 42. Factores contributivos

## 8. DISCUSIÓN

La subescala del burnout más afectada es la realización personal donde el 66,7% del total de encuestados dicen tener un bajo nivel en este aspecto, seguido se encuentra el agotamiento emocional con un 52,4% y un 35,7% con una alta despersonalización, la falta de reconocimiento de su labor y factores estresantes como causales de insatisfacción laboral, además la política de personal de la institución. (37). La alta rotación del personal es un indicador del nivel de satisfacción.

Los resultados encontrados en nuestro estudio no coinciden con lo identificado en la investigación “niveles y factores de riesgo de burnout en profesionales de enfermería de atención primaria” de Monsalve Reyes Carolina S. Quien concluye que factores sociodemográficos pueden favorecer la aparición de Burnout encontrando entre los principales la edad donde en contravención a los resultados analizados las personas más jóvenes presentan menor agotamiento emocional mientras que los resultados obtenidos se encontró que (menores de 30 años y entre 30 y 39 años) presentan alto nivel de agotamiento emocional 44% y 65% respectivamente. En cuanto al estado civil, los solteros presentan menor EE, no

obstante el resultado del presente estudio muestra que solteros y parejas de unión libre presentan altos niveles de EE, un 63% y 67% respectivamente, incluso los casados presentan un 47%. En cuanto al tipo de contrato se encuentra que todos presentan un grado alto de EE (53%) y una baja PA(63%) lo que demuestra que la estabilidad laboral no es un factor protector. Finalmente la antigüedad laboral nos muestra que quienes llevan más tiempo en la institución se sienten más realizados (66,7%), pero más agotados emocionalmente (83%), en este punto si coincide con la investigación de Monsalve Reyes, donde la monotonía, estrés y sobrecarga laboral son los factores más comunes. (12)

Se encuentra a su vez que los servicios que mayor grado de agotamiento emocional presentan son los de optometría, fonoaudiología y el de centro de admisiones y operaciones, lo cual se asocia al alto volumen de pacientes que manejan estas áreas ya que la institución solo cuenta con dos optómetras y tres fonoaudiólogos para atender todo el personal que consulta a la institución y de la misma manera, el centro de Admisiones y Operaciones son los que deben recepcionar a todos los pacientes que requieren servicios, tanto personal de admisiones como el asistencial presenta niveles altos de EE, DP y baja PA, diferente a los resultados del estudio de *Sandra F y Ana oliva R* “ Burnout en profesionales de la salud y personal administrativo en una unidad médica de primer nivel” donde los resultados fueron bajo a medio, excepto la DP del personal administrativo que fue alta. (38).

En contraste con esto se evidencia que las personas que laboran más de 8 horas en la institución son las que mayor grado de agotamiento emocional y despersonalización, representado en un 62% y en un 41% respectivamente en la población estudiada. Dicho agotamiento coincide con el estudio realizado al personal de salud en el Hospital Roberto del Río donde se evidenció que en éste el 45% de los encuestados presentaban dicho agotamiento, y que aumentaba de manera exponencial con respecto a las horas laboradas semanalmente como se evidenció en la institución analizada. (43)

Se evidencia a su vez que ese mismo personal de Optometría y de Admisiones y operaciones, los que presentan mayor grado de despersonalización representado en el 100% y el 40 % de la población de estas áreas respectivamente, lo cual también se asocia a la alta carga laboral. Esta sobrecarga laboral asociada al burnout también fue identificada en la revisión literaria realizada por Osma en el 2018 en la Universidad Cooperativa de Colombia, en la cual concluye que que la carga laboral afecta de forma negativa la salud física y mental de los trabajadores. (39)

Llama la atención que son los adultos jóvenes los que experimentan mayor nivel de agotamiento emocional (Se encuentra un estudio donde se habla que las

personas de los 35 a los 49 años tienden a presentar mayor agotamiento emocional) (40), representado en el 65% de la población estudiada comprendiendo las edades de 30 a 39 años. Así mismo, se encuentra que la despersonalización se presenta en un porcentaje considerable en los menores de 30 años con un 39% y en los mayores de 50 años con un 50%; se considera que en los jóvenes esta despersonalización se asocia a la baja tolerancia a la frustración en esta población y en los adultos mayores de 50 años a la fatiga crónica generada por el trabajo.

Así mismo se evidencia que son los adultos jóvenes menores de 30 años los que presentan una baja realización personal, lo cual puede ser causa de la incertidumbre laboral que se vive en el país hoy en día. Aun así se identifica que se presenta un nuevo pico de la baja realización personal en los mayores de 50 años, condición que puede estar asociada a la disminución de oportunidades laborales para las personas mayores (41)

Se evidencia que las mujeres son las que mayor grado de agotamiento emocional experimentan, representado en el 62% de las mujeres que dieron respuesta a la encuesta. En consonancia con esta situación se encuentra que son las mujeres las que menor grado de realización personal refieren, representado en el 76% de las mujeres encuestadas. Esta situación está asociada a la multiplicidad de roles que manejan las mujeres tanto en su vida personal, profesional como laboral. Esta misma situación evidenció Rodríguez y Sánchez (2018) en el estudio realizado a 260 docentes de la Universidad de Lima, en el cual se evidenció que las mujeres presentaron un nivel de cansancio emocional mayor respecto a los hombres, mientras que estos se sentían con mayor realización laboral. (42)

En cuanto al análisis de los eventos de seguridad del paciente, se encontró que la institución cuenta con un subregistro de los mismo, ya que entre el periodo de marzo a septiembre de 2021 solo se reportaron 15 eventos; de estos 15 reportes solo 10 cumplían con la definición para ser clasificados como eventos adversos. Así mismo se evidenció que la descripción de cada evento ocurrido carecía de información relevante y concreta lo cual hizo difícil el proceso de aplicación del Protocolo de Londres para su análisis.

Este hallazgo puede estar asociado al temor del reporte por las posibles acciones punitivas que se puedan derivar al exponer el "error" cometido. En un estudio llamado "Causas del no reporte de eventos adversos en una institución prestadora de servicios de salud en Pasto - Nariño, Colombia", llevado a cabo en Diciembre de 2013 por Burbano Valdes, Caicedo Eraso, Ceron Burgos, Jacho Caicedo y Yépes Chamorro, se encontró que es la "cultura de la Culpa" lo que lleva a que los trabajadores del sector salud no reporten los eventos adversos que se presentan. El miedo al castigo, el olvido y el temor a un proceso jurídico son las causas que

llevan a que el personal no realice un reporte de los eventos de seguridad del paciente presentados en las instituciones e incluso pueden llegar al punto de ocultarlos, tratando de evitar ser identificados como los “culpables”, condición que consideran les podría traer consecuencias negativas. (43)

## 9. CONCLUSIONES

1. Durante el análisis de los eventos adversos se identifica que Omnisalud IPS presenta un pobre reporte de eventos adversos, ya que solo se encontraron 15 registros de eventos de seguridad del paciente en 7 meses analizados.
2. En el presente estudio se identificó que la falla más común presentada en el proceso de atención de los pacientes en Omnisalud IPS, fue la inadecuada técnica de venopunción, la cual se presentó en el 70% de los eventos adversos analizados. Esta falla o atención insegura está relacionada con el Factor Contributivo del Individuo que apunta a las Competencias Técnicas y no Técnicas, es decir, con la preparación y experiencia del profesional, siendo este a su vez el factor contributivo predominante presentándose en el 11% de los eventos analizados,
3. Realizado el análisis de los resultados arrojados por la herramienta MBI, se identifica que el 31 % de los empleados presentan un alto riesgo de burnout, ya que los resultados evidencian un alto Agotamiento Emocional y Despersonalización y una baja realización personal.
4. La baja realización personal manifestada refleja la presunta insatisfacción del personal con su puesto de trabajo, lo que a su vez genera rotación laboral, debido a la búsqueda de mejores salarios, trato inadecuado por parte de algún jefe, ausencia de todo progreso o ascenso, tiempo de trabajo no satisfactorio, condiciones de trabajo inadecuadas.(44)
5. Los resultados del MBI evidencian que el 60% del personal de admisión presenta un alto grado de agotamiento emocional, este hallazgo concuerda con lo concluido en el estudio realizado en el 2019, por los estudiantes de la Universidad del Rosario en el estudio “ Modelo de medición de fatiga laboral para el personal de la salud en IPS privadas de Colombia” donde se evidenció que el personal administrativo y asistencial, presentaba fatiga laboral siendo la población que mayor afectación presenta. Llama la atención que el personal entre 30 y 40 años, presenta el mayor grado de

agotamiento emocional, siendo a su vez esta misma población la que reporta menor realización personal.

6. Se encontró que las mujeres presentan mayor riesgo de burnout, representado en el 76% del total de personas con riesgo de burnout.
7. La encuesta MBI evidenció que indistintamente del área de trabajo, la edad, el estado civil, la antigüedad en la institución, el nivel de escolaridad y el tipo de contratación, todos los empleados de Omnisalud EPS, presentan una baja realización personal y alto agotamiento emocional. con riesgo medio de despersonalización.
8. No fue posible establecer una relación entre los eventos y el síndrome de burnout dentro de la institución, ya que la muestra de los eventos adversos fue poco significativa, lo que nos lleva a pensar que existe poca cultura organizacional de seguridad del paciente reflejada en el no reporte de eventos de seguridad del paciente.
9. El presente estudio es la primera investigación que se realiza en la institución relacionada con el Burnout. Se considera que los hallazgos aquí evidenciados, pueden servir como base para implementar acciones de mejora que permitan impactar de manera positiva sobre las situaciones que afectan al personal de la salud dentro de la institución y que les está predisponiendo a presentar alto riesgo de Burnout, condición que les afecta a nivel físico y mental, afectando la calidad de la atención que se brinda a los pacientes y la salud mental de los empleados.

## 10. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda de manera respetuosa a la institución en cabeza del área de calidad analizar y reestructurar y fortalecer el programa de seguridad del paciente bajo los lineamientos legales estandarizados por el Ministerio de Salud.
2. Se recomienda de manera respetuosa abrir líneas de investigación dentro de Omnisalud que permita establecer la razón del bajo reporte de eventos adversos y la deficiente cultura de seguridad del paciente que se evidenció durante el presente ejercicio investigativo.
3. Ante el evidente riesgo de Burnout dentro de la institución, de manera respetuosa se recomienda a Omnisalud IPS, fortalecer su Sistemas de Vigilancia Epidemiológica Psicosocial, implementando las baterías de riesgo psicosocial y según hallazgos diseñar y establecer planes de mejora en pro de la prevención del Burnout.
4. Se considera la necesidad de extender esta línea de investigación en diferentes tipos de IPS, tanto de baja, media y alta complejidad, con el fin de identificar posibles oportunidades de mejora de las condiciones laborales del talento humano en salud.
5. Esta investigación, si bien no estableció la relación entre el Síndrome de Burnout y las Fallas en atención en salud, se considera que establecer una nueva línea de investigación en una IPS de mayor complejidad en donde se tenga un reporte más amplio de eventos adversos, puede facilitar la búsqueda de la dicha relación entre estos dos factores existentes.
6. Se le recomienda de manera respetuosa a la institución revisar su política de personal como estrategia de auto evaluación del clima laboral y las condiciones laborales en temas de contratación, ajustes de salarios y selección del personal para evitar la alta rotación del personal, como también socializar los planes de trabajo y los objetivos de la empresa a fin de tener en cuenta sus opiniones e involucrarlos en los procesos estratégicos y no solo en los tácticos y operativos.
7. Diseñar un programa de bienestar laboral que incluya beneficios e incentivos laborales teniendo en cuenta las necesidades del personal, apoyo para estudiar, flexibilidad para estar en familia en fechas importantes, permisos médicos etc. Como también mejorar los canales



de comunicación que permitan mecanismos efectivos de escucha, proposición y opinión. Crear espacios para actividades recreativas y compartir entre todos los empleados, como estrategia de integración gratificante, a fin de relacionarlos entre todos y ayudar a disminuir la tensión y estrés laboral.

8. Identificar los principales factores estresantes y fuentes de conflicto laboral, para generar estrategias de prevención e intervención que permitan mejorar las relaciones laborales, potenciar el trabajo en equipo y la efectividad en el trabajo.

## 11. BIBLIOGRAFÍA

1. Paquete instruccional Guía Técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. Prevenir el cansancio en el personal de salud. Biblioteca Digital. Ministerio de Salud. Colombia. 2016. 1-75. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Prevenir-el-cansancio-personal-salud.pdf>. (Acceso 15 de marzo de 2021).
2. Organización Mundial de la Salud. Campaña día mundial de la seguridad del paciente. OMS. <https://www.who.int/es/campaigns/world-patient-safety-day/2020>. (Acceso 15 de marzo de 2021).
3. Paquete instruccional Guía Técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. Buenas prácticas: Seguridad del paciente y atención segura. Biblioteca Digital. Ministerio de Salud y Protección social de Colombia. 2010. 1-101: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>. (Acceso 15 de marzo de 2021).
4. Ministerio de Salud y Protección Social: Seguridad del paciente; Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Biblioteca Digital. 2008. 1-52. [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS\\_IMPLEMENTACION\\_POLITICA\\_SEGURIDAD\\_DEL\\_PACIENTE.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS_IMPLEMENTACION_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf). Consultado el 4 de abril de 2021.
5. Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH). *Trabajadores de salud - Temas de salud y seguridad de NIOSH*. CDC. <https://www.cdc.gov/spanish/niosh/topics/trabajadores.html>. (Acceso 15 de marzo de 2021).
6. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estudio IBEAS. Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. España; 2010. 1-182. [https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/INFORME\\_IBEAS.pdf](https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/INFORME_IBEAS.pdf). (Acceso 17 de marzo de 2021)

7. Ministerio de Salud. AMBEAS Protocolo para determinar la frecuencia, características y evitabilidad de los Eventos Adversos (EA) en los pacientes en la asistencia ambulatoria en Latinoamérica y el Caribe. Biblioteca Digital 2012. 1-30.  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Resultados%20Estudio%20AMBEAS%20-%20COLOMBIA.pdf>. (Acceso 17 de marzo de 2021).
8. Parra CV, López JS, Bejarano CH, Puerto AH, Galeano ML. Eventos adversos en un hospital pediátrico de tercer nivel de Bogotá. Rev. Fac. Nac. Salud Pública, 2017; 35(2): 284-292. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v35n2a12.
9. Ladino H, Rojas LL. Modelo de medición de fatiga laboral para el personal de la salud en IPS privadas de Colombia. Tesis de Maestría. Bogotá. Universidad del Rosario 2019. Recuperado a partir de: <https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/19934/LadinoDiaz-Henry-2019.pdf?sequence=16&isAllowed=y>.
10. Carlesi Katya Cuadros, Padilha Kátia Grillo, Toffoletto María Cecilia, Henríquez-Roldán Carlos, Juan Mónica Andrea Canales. Patient Safety Incidents and Nursing Workload. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2017 [cited 2021 Mar 23]; 25: e2841. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692017000100319&lng=en.EpubApr](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100319&lng=en.EpubApr) 06,2017.  
<https://doi.org/10.1590/1518-8345.1280.2841>.
11. Algieri et al. Implicancia de la sobrecarga horaria y cansancio en el error médico. Hosp. Aeronáut. Cent. 2017; 12(1): 53-70.
12. Monsalve Reyes, Carolina S. Niveles y factores de riesgo de Burnout en personal de enfermería en atención primaria. Tesis doctoral. Madrid, España. Universidad Nacional a Distancia.2019. Disponible en: [http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:ED-Pg-PsiSal-Csmonsalve/MONSALVE\\_REYES\\_Carolina\\_S\\_Tesis.pdf](http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:ED-Pg-PsiSal-Csmonsalve/MONSALVE_REYES_Carolina_S_Tesis.pdf).
13. Gonzales Salazar, Edith M. Sobrecarga laboral del personal de enfermería en los servicios de medicina y cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo. Descriptivo comparativo. Lugar de publicación: Lima, Perú. Escuela de Posgrado, Universidad César Vallejo. 2017. 136 p. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/14380>

14. Sturm H, Rieger MA, Martus P, Ueding E, Wagner A, Holderried M, Maschmann J; WorkSafeMed Consortium. Do perceived working conditions and patient safety culture correlate with objective workload and patient outcomes: A cross-sectional explorative study from a German university hospital. PLoS One. 2019 Jan 4;14(1): e0209487. doi: 10.1371/journal.pone.0209487. PMID: 30608945; PMCID: PMC6319813.

15. Solís-Cóndor Risof, Tantalean-del Águila Martín, Burgos-Aliaga Rosa, Chambi-Torres Javier. Agotamiento profesional: prevalencia y factores asociados en médicos y enfermeras en siete regiones del Perú. An. Fac. med. [Internet]. 2017 jul [citado 2021 Mar 25]; 78(3): 270-276. Disponible en:

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832017000300003&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832017000300003&lng=es). <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i3.13757>.

16. Ministerio de Salud y Protección Social. Protocolo de Londres. biblioteca digital. 2010. 1-10

[https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/PROTOCOLO DE LONDRES INCIDENTES%20CLINICOS.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/PROTOCOLO%20DE%20LONDRES%20INCIDENTES%20CLINICOS.pdf). Consultado el 4 de abril de 2021.

17. Ministerio de la Protección Social. Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud. Biblioteca Digital. 2007. 1-223.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Herramientas%20para%20la%20Seguridad%20del%20Paciente.pdf>. Consultado el 4 de abril de 2021.

18. Ministerio de Salud y Protección Social: Seguridad del paciente; Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente: Biblioteca Digital. 2008. 1-94.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Evaluar-frecuencia-eventos-adversos.pdf>. Consultado el 4 de abril de 2021.

19. Organización mundial para la salud: Concepto de Seguridad del Paciente. [Internet]

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>. Consultado el 4 de abril de 2021.

20. Otero, MJ & Codina Jané, Carlos & Alonso, M.J. Encinas, Montserrat. (2003). Medication errors: Standardizing the terminology and taxonomy. Ruiz-Jarabo 2000 grant results [Errores de medicación: Estandarización de la terminología y clasificación: Resultados de la beca Ruiz-Jarabo 2000]. *Farmacia Hospitalaria*. 27. 137-149.

21. Organización Panamericana de la Salud. Boletín CONAMED - Dic-Nov 2015 Órgano de Difusión del Centro Colaborador en materia de Calidad y Seguridad del Paciente.

22. Amaducci Camila de Moraes, Mota Dálete Delalibera Faria de Correa, Pimenta Cibele Andrucio de Mattos. Fatiga en estudiantes de licenciatura en enfermería. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. Diciembre de 2010 [consultado el 2 de mayo de 2021]; 44 (4): 1052-1058. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342010000400028&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400028&lng=en). <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000400028>.

23. F. Seguela y S. Valenzuela. Relación entre la fatiga laboral y el síndrome burnout en personal de enfermería de centros hospitalarios. *Enfermería Universitaria* 2014;11(4):119-127.

24. Norma Técnica de Protección 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (I): definición y proceso de generación. Centro nacional de condiciones de trabajo. Ministerio del trabajo y asuntos sociales, España. Disponible en: [https://www.insst.es/documents/94886/327446/ntp\\_704.pdf/9a205bee-9bd7-4221-a1ae-39b737974768](https://www.insst.es/documents/94886/327446/ntp_704.pdf/9a205bee-9bd7-4221-a1ae-39b737974768).

25. SS Leone, MJH Huibers, JA Knottnerus, IJ Kant, Similitudes, superposición y diferencias entre el agotamiento y la fatiga prolongada en la población activa, *QJM: An International Journal of Medicine*, Volumen 100, Número 10, octubre de 2007, páginas 617-627, <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcm073>.

26. Frutos-Llanes R, Jiménez-Blanco S, Blanco-Montagut LE. Síndrome de desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Ávila. *Semergen*. 2014;40(7):357-65.

27. Colombia. Congreso de la República. Ley estatutaria 1751. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. 16 de febrero de 2015. 49427. 1-11. [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1751\\_2015.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html). (acceso 7 mayo de 2021).

28. Ministerio de Salud y Protección social de Colombia. Resolución 3100. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud. Biblioteca digital. 25 de noviembre de 2019. 1-230. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3100-de-2019.pdf>. (acceso 7 mayo de 2021).

29. Ministerio de la Protección social de Colombia. Decreto 1011. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Biblioteca digital. 3 abril de 2006. 1-17. [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf). (acceso 7 mayo de 2021).

30. Colombia. Congreso de la República. Ley 269. Por la cual se regula parcialmente el artículo 128 de la Constitución Política, en relación con quienes prestan servicios de salud en las entidades de derecho público. Diario Oficial. 1 de marzo de 1996. 42733. 1-13. [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_0269\\_1996.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0269_1996.html). (acceso 7 mayo de 2021).

31. Colombia. Ministerio de trabajo. Circular 0064. Acciones mínimas de evaluación e intervención de los factores de riesgo psicosocial, promoción de la salud mental y la prevención de problemas y trastornos mentales en los trabajadores en el marco de la actual emergencia sanitaria por SARS-COV-2 (COVID-19). <https://www.mintrabajo.gov.co/documents/20147/0/Circular+0064.PDF/a3370954-2e5c-72fd-0801-f359a91ba67c?t=1602107574701> (acceso 25 de mayo 2021)

32. Colombia. Ministerio de salud. Ley 1562. Por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de Salud Ocupacional. Diario Oficial No. 48.488 de 11 de julio de 2012. 1-22. <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/ley156211072012.pdf>. (acceso 25 de mayo 2021).

33. Colombia. Ministerio de protección social. Resolución 2646. Por la cual se establecen disposiciones y se definen responsabilidades para la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo y para la determinación del origen de las patologías causadas por el estrés ocupacional. Julio 17 de 2008. 1-9. [http://www.saludcapital.gov.co/Documentos%20Salud%20Ocupacional/RES\\_OL.%202646%20DE%202008%20RIESGO%20PSICOSOCIAL.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/Documentos%20Salud%20Ocupacional/RES_OL.%202646%20DE%202008%20RIESGO%20PSICOSOCIAL.pdf) (acceso 26 de Mayo 2021).
34. Colombia. Ministerio de trabajo. Resolución 2404. Por la cual se adopta la Batería de instrumentos para la evaluación de factores de riesgo psicosocial, La guía técnica general para la promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en la población trabajadora y sus protocolos específicos y se dictan otras disposiciones Julio 22 de 2019. 1-8.
35. Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1997). Maslach Burnout Inventory: Third edition. In C. P. Zalaquett & R. J. Wood (Eds.), *Evaluating stress: A book of resources* (pp. 191–218). Scarecrow Education.
36. Ministerio de la Protección social de Colombia. Decreto 8340. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Biblioteca digital. 4 octubre de 2006. 1-19. [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf). (acceso 10 de mayo de 2021).
37. Albaladejo R, Villanueva R, Ortega P, Astasio P, Calle ME, Domínguez V. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Rev Esp Salud Pública*. 2004;78(4):505–16.
38. Flores Tesillo SY, Ruíz Martínez AO. Burnout en profesionales de la salud y personal administrativo en una unidad médica de primer nivel. *Psic y Sal*. 2018;28(1):63–72.
39. Rodríguez Flores EA, Sánchez Trujillo M de los Ángeles. Síndrome de Burnout y variables sociodemográficas en docentes de una universidad privada de Lima. *Rev. invest. educ.* [Internet]. 25 de junio de 2018. [citado 29 de noviembre de 2021];36(2):401-19. Disponible en: <https://revistas.um.es/rie/article/view/282661>.



40. Aranda Beltrán Carolina. Diferencias por sexo, Síndrome de burnout y manifestaciones clínicas, en los médicos familiares de dos instituciones de salud, Guadalajara, México. Rev. costarric. salud pública [Internet]. 2006 Dec [cited 2021 Nov 24] ; 15( 29 ): 1-7. Available from: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-1429200600200002&lng=en](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-1429200600200002&lng=en).

41. Coyuntura Laboral en América Latina y el Caribe [Internet]. [citado el 1 de diciembre de 2021]. Disponible en: [http://chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdf\\_url=https%3A%2F%2Frepositorio.cepal.org%2Fbitstream%2Fhandle%2F11362%2F43603%2F1%2FS1800398\\_es.pdf&clen=847733](http://chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdf_url=https%3A%2F%2Frepositorio.cepal.org%2Fbitstream%2Fhandle%2F11362%2F43603%2F1%2FS1800398_es.pdf&clen=847733).

42. Burbano Valdés Heidy Mabel, Caicedo Eraso Mónica Elizabeth, Cerón Burgos Andrea, Jacho Caicedo Cristina, Yépez Chamorro María Clara. Causas del no reporte de eventos adversos en una institución prestadora de servicios de salud en Pasto - Nariño, Colombia. Univ. Salud [Internet]. Diciembre de 2013 [consultado el 29 de noviembre de 2021]; 15 (2): 187-195. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-71072013000200009&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072013000200009&lng=en).

43. Ordenes D Nadia. Prevalencia de Burnout en trabajadores del hospital Roberto del Río. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2004 Oct [citado 2021 Dic 02] ; 75( 5 ): 449-454. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062004000500006&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062004000500006&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062004000500006>

44. MARTÍNEZ LOZANO AM. INCIDENCIA DE LA SATISFACCIÓN LABORAL EN LA ROTACIÓN DE PERSONAL DEL REGISTRO NACIONAL DE AVALUADORES R.N.A. [TESIS DE MAESTRÍA en Internet]. BOGOTÁ: UNIVERSIDAD EXTERNADO DE COLOMBIA; 2019 [consultado el 18 de noviembre de 2021]. 180 p. Disponible en: [https://bdigital.uexternado.edu.co/bitstream/handle/001/2229/DNA-spa-2019-Incidencia de la satisfaccion laboral en la rotacion de personal del Registro Nacional de Avaluadores?sequence=1&isAllowed=y](https://bdigital.uexternado.edu.co/bitstream/handle/001/2229/DNA-spa-2019-Incidencia%20de%20la%20satisfaccion%20laboral%20en%20la%20rotacion%20de%20personal%20del%20Registro%20Nacional%20de%20Avaluadores?sequence=1&isAllowed=y)

