



UNR



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

CENTRO DE ESTUDIOS INTERDISCIPLINARIOS

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

“Eficacia y eficiencia del proceso de triage de admisión de Enfermería según, motivo de consulta de los usuarios en una guardia de Atención Primaria de la Salud de Rosario, en el segundo semestre del 2024”

Maestrando: Lic. Ibarra María José

Director del Trabajo: Mg. Casáis, Carlos

Rosario, Santa Fe 20 de Agosto 2024

Dedicatoria: Dedico este logro a mi querida familia, cuyo constante apoyo y comprensión han sido mi mayor motivación. A mi director de proyecto final, Carlos por su paciencia y conocimientos brindados. A la Enfermería, vocación que me ha enseñado la importancia del cuidado y la dedicación en el bienestar de los demás. A todos aquellos que, de una u otra manera, contribuyeron a la realización de este proyecto, mi más sincero agradecimiento.

A mi Abuela.

I Resumen y Palabra Clave

El conocimiento que posee el personal de Enfermería le permite priorizar los problemas de salud. La relación entre eficacia y eficiencia en el proceso de admisión de los usuarios del servicio de guardia es sinérgica; una mejora en la eficacia puede influir exponencialmente en la eficiencia y viceversa.

El objetivo de este proyecto de investigación es analizar la relación entre la eficacia y la eficiencia en el proceso de triaje de admisión realizado por Enfermería según, motivo de consulta de los usuarios que concurren a una guardia de Atención Primaria de la Salud (APS) en la ciudad de Rosario, durante el segundo semestre del año 2024.

El marco teórico se realizó tomando como referencia la definición de calidad de atención según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2024) y se centra en dos dimensiones claves: eficacia y eficiencia. La eficacia, según Donabedian (1990), se refiere a la capacidad de lograr la mejoría del paciente en condiciones óptimas. En cuanto a la eficiencia, Bascolo (2016) destaca que depende de la organización, financiamiento y gestión de los sistemas de salud, mientras que Donabedian (1990) la define como la capacidad de lograr la mayor mejora posible al menor costo, eligiendo siempre la estrategia más económica entre opciones igualmente efectivas.

Asimismo, se examina el sistema de salud nacional argentino, basándose en la estructura propuesta por Arce (2012) y las características descriptas por Echegoyemberry (2017). También se incluyen descripciones del sistema de salud público de la provincia de Santa Fe y del sistema de salud público municipal de Rosario, extraídas de fuentes oficiales del Gobierno de Santa Fe (2024) y Municipalidad de Rosario (2024).

El análisis sobre el triaje abarca su historia (Universidad de Navarra, 2023), antecedentes y modelos según Olvera (2011), y los niveles de priorización descriptos por Soler (2010), quien también lo presenta como una herramienta de control de calidad. Además, se aborda quién lleva a cabo el triaje, con un apartado específico sobre el triaje pediátrico definido por Soler (2010).

El análisis del personal de Enfermería incluye un enfoque global basado en la Organización Panamericana de la Salud (2023), con una descripción del

modelo de atención provincial según Ríos Ferreira (2014), y el proceso de trabajo según Sousa Campos (2016). También se fundamenta la labor de Enfermería en la teoría del autocuidado de Dorothea Orem, según Naranjo-Hernández (2017).

Finalmente, se presenta información sobre la organización de las guardias médicas y sus modelos de trabajo (Andrade, 2014), el concepto de admisión en salud pública según Rubinstein (1996), y los motivos de consulta diferenciados en latentes y manifiestos según Martínez Farrero (2006).

Para la recolección de datos, se emplearán cuatro instrumentos autoadministrados, diseñados específicamente para esta investigación. Estos instrumentos se aplicarán a dos poblaciones: los usuarios y el personal de Enfermería del servicio.

El tipo de estudio será un diseño no experimental, transversal, descriptivo, prospectivo con un enfoque cuantitativo. Se agruparán, se codificarán los datos y se presentarán en gráficos y tablas para una mayor comprensión.

Palabras claves: Eficiencia. Eficacia. Enfermería. Triage. Admisión. Motivo de consulta

Abstract

The knowledge that nursing staff possesses allows them to prioritize health problems. The relationship between effectiveness and efficiency in the admission process of users of the on-call service is synergistic; an improvement in effectiveness can exponentially influence efficiency and vice versa.

The objective of this research project is to analyze the relationship between effectiveness and efficiency in the admission triage process carried out by Nursing according to the reason for consultation of users who attend a Primary Health Care (PHC) on-call service in the city of Rosario, during the second half of 2024.

The theoretical framework was developed taking as a reference the definition of quality of care according to the World Health Organization (WHO) (2024) and focuses on two key dimensions: effectiveness and efficiency. Effectiveness, according to Donabedian (1990), refers to the ability to achieve patient improvement under optimal conditions. Regarding efficiency, Bascolo (2016) highlights that it depends on the organization, financing and management of health systems, while Donabedian (1990) defines it as the ability to achieve the greatest possible improvement at the lowest cost, always choosing the most economical strategy among equally effective options.

Likewise, the Argentine national health system is examined, based on the structure proposed by Arce (2012) and the characteristics described by Echegoyemberry (2017). Descriptions of the public health system of the province of Santa Fe and the municipal public health system of Rosario are also included, taken from official sources of the Government of Santa Fe (2024) and the Municipality of Rosario (2024).

The analysis of triage covers its history (University of Navarra, 2023), background and models according to Olvera (2011), and the levels of prioritization described by Soler (2010), who also presents it as a quality control tool. In addition, the study addresses who carries out triage, with a specific section on pediatric triage defined by Soler (2010).

The analysis of the Nursing staff includes a global approach based on the Pan American Health Organization (2023), with a description of the provincial care model according to Rios Ferreira (2014), and the work process according to

Sousa Campos (2016). Nursing work is also based on Dorothea Orem's self-care theory, according to Naranjo-Hernández (2017).

Finally, information is presented on the organization of medical shifts and their work models (Andrade, 2014), the concept of admission in public health according to Rubinstein (1996), and the reasons for consultation differentiated into latent and manifest according to Martínez Farrero (2006).

For data collection, four self-administered instruments will be used, specifically designed for this research. These instruments will be applied to two populations: users and nursing staff of the service.

The type of study will be a non-experimental, cross-sectional, descriptive, prospective design with a quantitative approach. The data will be grouped, coded and presented in graphs and tables for better understanding.

Keywords: Efficiency. Effectiveness. Nursing. Triage. Admission. Reason for consultation

II Índice General

Contenido

I Resumen y Palabra Clave.....	3
II Índice General.....	7
III Introducción.....	9
IV Descripción del Contexto. Formulación y Construcción del Problema.....	14
4.1 Descripción Contexto Institucional y Político.....	14
4.2 Formulación y construcción del Problema.....	19
4.3 Situación Actual.....	20
4.4 Justificación.....	21
4.5 Objetivo General del trabajo.....	22
4.6 Objetivos Específicos.....	22
4.7 Hipótesis.....	22
4.8 Marco Normativo que regula la Problemática.....	23
V Construcción de Evidencias e Información para la Gestión en Salud	25
5.1 Marco Conceptual.....	26
VI Metodología para la Construcción de Evidencias para la Gestión	49
6.1 Material y métodos/ tipo de estudio y diseño.....	49
6.2 Sitio o Contexto de la Investigación.....	49
6.3 Población y Muestra.....	51
6.4 Variables / Indicadores.....	52

6.5 Técnica e Instrumento de Recolección de Datos.....	53
6.6 Resultados y Análisis.....	56
6.7 Cronograma / plan de trabajo.....	59
6.8 Estimación de recursos / Presupuesto.....	60
VII Consideraciones Éticas.....	61
VIII Discusión y Conclusiones. Aportes para la Gestión de Sistemas y Servicios de Salud.....	62
IX Bibliografía.....	65
X. Anexos.....	71
10.1 Guía de convalidación de sitio.....	71
10.2 Operacionalización de las variables.....	72
10.3 Resultados de la prueba piloto.....	74
10.4 Instrumentos de recolección de datos.....	75
10.5 Modelo Consentimiento Informado.....	79
10.6 Aval comité de Ética.....	85

III Introducción

Revisión de la Literatura

A través de una búsqueda exhaustiva acerca de investigaciones previas, que dan cuenta de la eficiencia y eficacia en el proceso de admisión de triaje que realiza Enfermería se ha sintetizado el siguiente material encontrado.

Desde el punto de vista de la gran oferta existente en sistemas de triaje de urgencias, se hace necesaria una revisión acorde a las necesidades prácticas de los diferentes sistemas sanitarios. Para ello, sería precisa una revisión pragmática de las situaciones actuales. No es cuestión de crear nuevos sistemas de triaje, sino más bien de canalizar los ya existentes hacia la eficiencia y mejora en la calidad y seguridad clínica del paciente. La pandemia por COVID-19 ha hecho patente la necesidad de que el sistema de triaje escogido sea dinámico a la hora de incorporar las nuevas evidencias científicas y las eventualidades sanitarias que se puedan producir (Sánchez-Bermejo, 2021).

En una investigación realizada en Brasil, se menciona la existencia del Protocolo de Triaje Avanzado (PTA) el cual consiste en procedimientos estandarizados, aplicables a grupos específicos de pacientes, donde el profesional que realiza el triaje inicia acciones de diagnóstico o terapéuticas antes de que los pacientes sean atendidos por un médico. Este procedimiento permite reducir la estancia de los pacientes en el servicio de emergencia mediante la reestructuración del proceso de trabajo. Se observan mejores resultados en el uso de los PTA en los servicios de emergencia que invierten más en la cualificación y capacitación de los profesionales que realizan el triaje, eso hace que dicho factor sea un determinante de la seguridad y calidad de esa intervención. Algunos estudios también sugieren que tiene impactos positivos en la reducción de costos y en la calidad de la atención en los servicios de emergencia (Soster, 2022).

Por otro lado, en México, se evaluó el nivel de conocimientos sobre Triaje que tienen los profesionales de Enfermería que se encuentran en las áreas de urgencias, también se logró identificar áreas de oportunidad para llevar a cabo

capacitación sobre Triage. Los principales indicadores de conocimientos es la clasificación de acuerdo con signos y síntomas y dar prioridad a la atención de pacientes graves; esto permite que la atención que brinden en el área de urgencias y consultorios sea oportuna y prioritaria. El proceso de clasificación por medio de semaforización por colores, aún para los profesionales de Enfermería, es un proceso nuevo de aprendizaje que se debe ir actualizando y aprender a diferenciar mediante una valoración primaria al paciente grave, esto permitirá adquirir habilidades dentro del protocolo de Triage con base a modelos establecidos y conocimientos sobre Triage. El conocimiento sobre Triage es primordial para la atención prehospitalaria y hospitalaria dentro de las áreas de urgencias ya que su correcta aplicación puede hacer que se disminuyan los tiempos de espera y la saturación de los servicios de urgencias, lo que permitirá reevaluar a los pacientes, así como mejorar la comunicación dentro del área. Realizar evaluaciones continuas permitirán detectar y corregir errores que pueden llegar a producirse, de esta forma se puede garantizar la seguridad del paciente. La relación que existe entre el nivel de conocimientos de los profesionales de Enfermería y el nivel de atención que brindan dentro de las áreas de urgencias, shock y consultorios de primer contacto van relacionados entre sí, permitiendo interpretar que solo se necesita reforzar conocimientos de cada uno de los enfermeros y enfermeras para garantizar una atención de calidad (Vazquez-Hernandez, 2022).

En un estudio realizado en Colombia, la investigación estuvo centrada en las dificultades de los enfermeros que realizan el triaje, los cuales manifiestan cierta incertidumbre ante las escalas de triaje y las decisiones que toman frente a pacientes que llaman vulnerables, relacionadas con la edad y las comorbilidades de los pacientes. Otro motivo de incertidumbre es la respuesta de los pacientes y familiares frente a la interacción con el personal de Enfermería y es que la interacción en el triaje puede verse limitada por el corto tiempo en el cual se debe realizar esta actividad. En lo que respecta a los desacuerdos, Enfermería enfrenta la necesidad de armonizar su visión respecto a los médicos, tomando en cuenta que quien debe responder por las consecuencias del triaje es el mismo enfermero, esta situación lleva a que deban sustentar su decisión en la valoración que realizaron. Para la toma de la

decisión del triaje, se debe contrastar sus conocimientos con la necesidad del paciente y el nivel de riesgo que encuentra. Enfermería realiza el triaje tomando en cuenta aspectos que van más allá de la escala que utiliza el hospital realizando un razonamiento más holístico. Este aspecto lleva a considerar más allá de la dificultad, el potencial de una práctica autónoma. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) recomienda que las escalas que se utilicen para realizar el triaje deben ser adaptadas al sistema de salud y a la cultura de la población, también recomienda dicha organización, la implantación adaptada a la realidad de cada centro, consensuada y aceptada por todos los estamentos implicados, pero que respete los principios del sistema de triaje. Se llegó a la conclusión de que las presiones que recibe el personal de Enfermería que realiza el triaje hace que se sientan vulnerables ante las dificultades que encuentran en su labor como la sobrecarga, los problemas de interacción y la incertidumbre llevándolas a que tengan que realizar diferentes sistemas de afrontamiento, como intentar escaparse de su realidad por breves momentos, acudir a su espiritualidad o a compañeros como una forma de apoyo. Al realizar el triaje, el personal de Enfermería siente que hay contradicciones entre su formación y los indicadores que deben cumplirse. Han tenido que asumir el triaje por directrices legales en medio de muchas presiones, en un modelo construido con poca participación de Enfermería y desarrollado con una lógica diferente a la que es propia de la disciplina. Recomienda fomentar la autonomía, la creación de equipos de triaje que tengan en conjunto la responsabilidad de la asignación de la clasificación del riesgo del paciente (Betancur, 2022).

En una investigación realizada en Argentina, Provincia de Buenos Aires el equipo de Triage debió adaptarse a las necesidades de la comunidad. También desarrollo empatía entre los pacientes y los profesionales, alcanzando un respeto mutuo y compromiso. Al mismo tiempo, los profesionales de la salud fueron autocríticos con sus propios desempeños, buscando mejorar en sus funciones, aceptando y ofreciendo sugerencias a diario. Y como si eso fuera poco, se logró conformar un equipo de trabajo con un objetivo en común: proteger a nuestros niños. En su trabajo diario, los profesionales de la salud organizan la asistencia y gestionan la afluencia de usuarios en el servicio de

guardia externa del hospital. Además, aseguran la priorización en función del grado de urgencia, pues permite atender al paciente, en el lugar indicado, en el tiempo apropiado y con el profesional adecuado. En conclusión, en el área de Triage se escuchan las necesidades de la población y los requerimientos. Y dentro de ese contexto, se buscan soluciones que permitan solventar rápidamente dichas carencias. También merece destacarse el trabajo en conjunto de los profesionales con el primer nivel de atención, brindando información y educando a la población en salud infantil (Campagnaro, 2023).

En el estudio del rol de Enfermería en el manejo de emergencia, la investigación reveló que los enfermeros son responsables de realizar evaluaciones rápidas y precisas para determinar la prioridad de atención de los pacientes. Deben poseer habilidades sólidas de evaluación, comunicación y toma de decisiones. Estas habilidades son fundamentales para realizar una evaluación inicial eficiente de los pacientes que ingresan, obteniendo signos vitales y determinando la gravedad de sus condiciones. Esta función es esencial para la gestión eficiente de los recursos y para asegurar que los pacientes reciban la atención adecuada en el momento oportuno (Ponce Rivera, 2024).

La APS es promovida desde hace décadas como la política más apropiada para optimizar los sistemas de salud, y la necesidad de fortalecer esta estrategia aún tiene actualidad. Se ha revitalizado la intención de emprender acciones de evaluación que permitan analizar el grado de avances en diversos aspectos, poniendo énfasis en sus funciones fundamentales. Los modelos conceptuales y diversas manifestaciones de expertos coinciden en que la APS debe ofrecer servicios de salud accesibles, capaces de cubrir la mayoría de las necesidades de la población y desarrollar una relación de confianza, sostenida en el tiempo entre las personas y los profesionales de la salud. En Argentina, el Plan Federal de Salud indica que la APS debe ser la organizadora del sistema tanto a nivel central como en otros niveles y en diferentes zonas del país (Berra, 2011).

En los servicios de atención de salud de la población es de suma importancia tener parámetros para poder medir que tan eficiente y eficaces son estos en dar respuesta a los usuarios. La eficacia y eficiencia son dos ejes fundamentales para establecer una buena calidad de atención. La relación entre estos cambiante y dinámica, son un punto de partida inicial para dar respuestas acordes a una población determinada, así como también establecer la asignación de recursos de acuerdo a las necesidades.

Enfermería desempeña un rol fundamental en el cuidado del paciente y en ningún otro servicio de la red de salud municipal prestan este tipo de atención de triaje de admisión, son los pioneros en este sentido y encargados de organizar el servicio en función de las necesidades de los usuarios, son los que establecen las prioridades de atención y los que detectan las emergencias/urgencias que se presentan.

Se considera fundamental poder establecer a través de la siguiente investigación, cual es la relación entre la eficacia y eficiencia en el triaje de admisión de Enfermería según, los motivos de consultas en una guardia de APS.

Al comprender mejor esta relación y sus determinantes, se espera que este estudio contribuya a mejorar la atención en la guardia de APS.

La selección del tema de investigación surge de la investigadora, quien se desempeña como Enfermera asistencial en el servicio.

IV Descripción del Contexto. Formulación y Construcción del Problema

4.1 Descripción Contexto Institucional y Político

La organización en la cual se llevará a cabo el estudio se sitúa geográficamente en Argentina, provincia de Santa Fe, ciudad de Rosario, distrito Noroeste, y pertenece al subsector público.

Rosario es la ciudad más grande de la provincia de Santa Fe, la población total según el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 (último censo disponible): 948.312 habitantes, con una proyección estimada de 1.009.037 habitantes para el año 2023 (Municipalidad de Rosario, 2024).

El subsistema de salud pública de Rosario provee servicios de salud gratuitos a toda aquella persona que lo demande (el 40% de la población no cuenta con cobertura de salud) mediante una red de servicios cofinanciada y gerenciada por el gobierno municipal y provincial (Bascolo, 2010).

La institución es una instalación de salud en la que coexisten dos equipos de trabajo distintos: el personal del Centro de Salud (CS) y el equipo de guardia. El personal del CS se encarga de brindar atención médica programada y servicios de atención primaria, mientras que el equipo de guardia proporciona atención continua y manejo de emergencias, asegurando la disponibilidad de cuidados médicos y enfermeros las 24 horas del día. Este proyecto solo realizará en el sector de guardia.

El modelo de atención de la ciudad está basado en la estrategia de APS. Implica que las acciones del sistema de salud están organizadas en función de las necesidades de la población (Municipalidad de Rosario, 2024).

Se reconoce la pertinencia de contextualizar el estudio en relación al progreso y evolución de la estrategia de APS, con el propósito de enriquecer el análisis y comprensión:

Etapas de desarrollo de APS

- Previo a 1990: CS aislados, dependientes jerárquicamente de los hospitales, con escasos recursos, legitimidad y respuesta a la demanda de la población.
- 1990-1995: Dirección de APS con autonomía en la conducción de los CS. Mayores cumplimientos de normas de trabajo. Extensión de los lugares y horarios de atención. Ampliación de los equipos de salud y aumento de la capacidad resolutive.
- 1995-2000: Desarrollo de mecanismos de participación de los trabajadores de la APS en la gestión, de la autonomía, gestión local y comunicación entre CS. Extensión de los lugares de atención y capacidad resolutive de los CS.
- 2000-2004: Desarrollo de mecanismos de articulación con hospitales. Equipos de salud del primer nivel con población a cargo. Priorización de la asignación de recursos hacia el primer nivel de atención versus (VS) hospitales.
- 2004-2008: Formalización de mecanismos e instancias de coordinación entre niveles de atención y entre las estructuras de conducción del sistema con fuerte influencia del primer nivel sobre el sistema de servicios (Bascolo, 2010).

La red de servicios de salud municipal se organiza en 3 niveles de atención según grados crecientes de complejidad tecnológica: el primer nivel de atención está constituido por 52 CS, el segundo nivel por 3 efectores hospitalarios, una maternidad, el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (CEMAR), el Instituto de Lucha Antipoliomielítica de Rosario (ILAR) y un servicio de Internación Domiciliaria, el tercer nivel por dos hospitales: uno pediátrico y otro de adultos. Desde 1989 la Secretaria de Salud Pública de Rosario (SSPR) sostuvo como eje prioritario de la gestión política, la atención de la salud universal y gratuita e impulso la construcción de una red de servicios organizada en torno a la lógica de APS, convirtiéndose las necesidades poblacionales en organizadoras del proceso de trabajo al interior de los efectores que conforman la red (Amarilla, 2020).

En la institución el director y la sub directora son los mismos, pero, como se mencionó al comienzo, los grupos de trabajo son diferentes, el establecimiento depende del financiamiento por parte del Estado Municipal, SSPR, Dirección de Centros de Salud (DCS). “Toda institución es una construcción colectiva. Es lo que se hace y se dice cotidianamente en la organización, lo aceptado por todos los integrantes y se ve desde afuera” (Santa Fe, 2015).

La cultura de la organización se basa en los principios de valores orientados al cuidado de la salud, teniendo en cuenta al sujeto como una unidad bio-psico-social-espiritual inserto en un contexto social y económico determinado, el cual lo hace vulnerable a ciertos padecimientos de salud.

La comunicación en esta organización de salud se realiza de manera formal e informal entre todos los actores involucrados teniendo en cuenta una visión conjunta en cuanto a la atención del sujeto. La institución fomenta el desarrollo profesional del equipo de salud a través de cursos y capacitaciones. En cuanto al clima laboral existe una comunicación basada en la escucha activa, clara y empática para fomentar el bienestar y generar un mayor compromiso evitando el desgaste provocado por el stress diario del equipo, orientada a mejorar la dinámica grupal. Al ser dos instituciones conformadas por dos equipos diferentes, en un mismo edificio, esta tarea no es fácil de realizar.

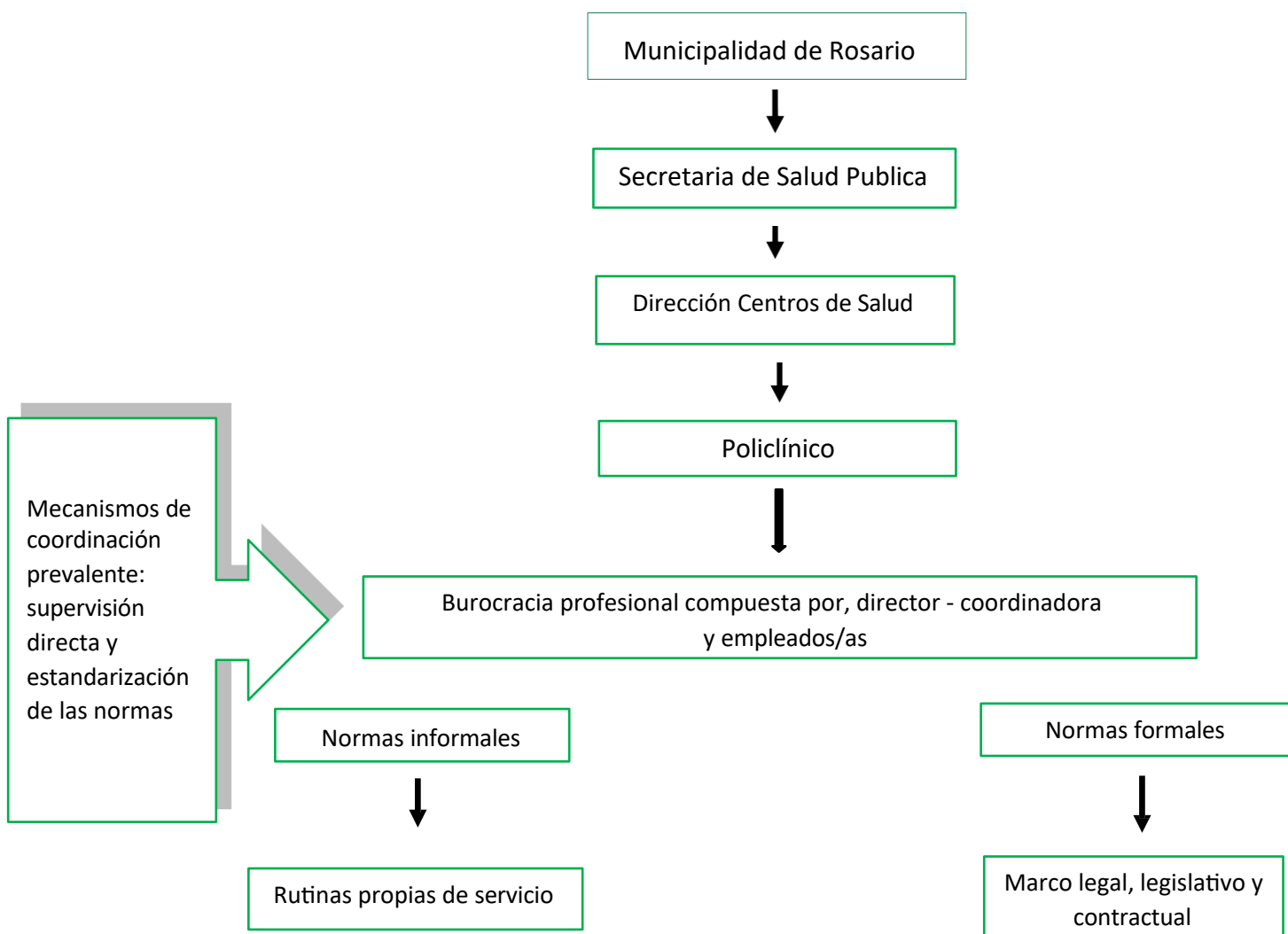
Las políticas institucionales son integrales, ya que en su génesis incluyen a toda la población y a todos los profesionales que se desempeñan en el servicio, funcionan en conjunto e intersectoriales porque se da intervención no solo a todos los profesionales, además de interpelar las vulnerabilidades en las cuales se encuentra inmerso el sujeto en su cotidianeidad y otros sectores, como por ejemplo el sector educación, suministrando becas, cursos de oficios gratuitos (entre otras).

La intersectorialidad también es parte complementaria de las capacidades que deben ser fortalecidas para abordar los objetos de análisis. No sólo las autoridades de salud son responsables de la mismas. La acción colectiva de tales capacidades debe incluir actores sociales que realizan prácticas reguladas por otros sectores institucionales, tales como instituciones académicas y otros actores insertos en las estructuras del Estado en las áreas de ciencia y técnica, responsables de la formulación, estímulo y financiamiento de políticas de

investigación. Por esta misma razón, las autoridades de salud deben promover influencia sobre tales actores, sobre sus agendas, ampliando el alcance de sus productos, haciendo explícito el rol de otros sectores institucionales como determinantes de las condiciones de salud de la población (Báscolo, 2020).

Trabajar en salud en un contexto global de exclusión significa, básicamente, trabajar para incluir, es decir, trabajar en la construcción de ciudadanía, lo que implica construir y defender la conciencia del derecho a la salud, a la vez que construir, defender y vigilar las condiciones para el ejercicio efectivo de ese derecho. El trabajo en APS es entendido entonces esencialmente como una estrategia para la constitución de sujetos capaces de luchar contra las condiciones que limitan la vida, lo que significa en primera instancia recuperar la capacidad de soñar y comprometerse con el cambio. Reconocemos como inherente a la noción del derecho la salud el concepto de equidad, entendiendo ésta, como equidad en la distribución de los riesgos de enfermar o morir, equidad en la distribución del saber y el poder, y equidad en la utilización efectiva de servicios de atención de la salud. Tamaña tarea necesita de sujetos, y éstos no pueden ser otros que la gente y los trabajadores de salud, que haríamos bien en dejar de ver como categorías excluyentes. Es así que el centro del trabajo en salud es la población misma en el escenario de su vida cotidiana, contexto en el que los trabajadores de salud integran su tarea al protagonismo de las comunidades. Los CS, como las instituciones estatales del sector más cercanas a la comunidad, tienen la responsabilidad (Ferrandini, 2003).

Organigrama de la Institución

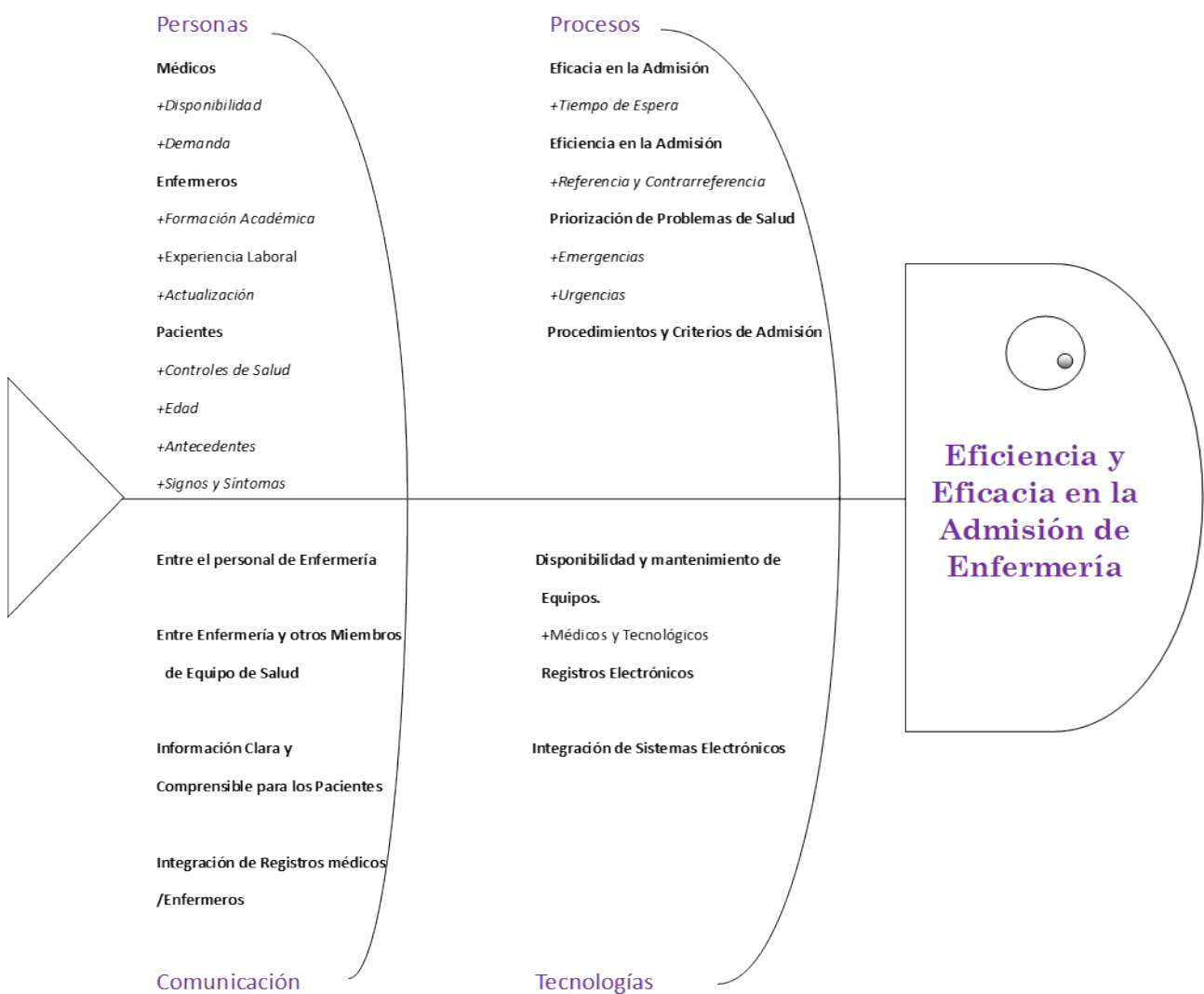


Fuente: Elaboración propia.

4.2 Formulación y construcción del Problema

El problema planteado en la siguiente investigación es: ¿Cuál es la relación entre la eficacia y eficiencia en el proceso de triaje de admisión realizada por Enfermería según, motivo de consulta de los usuarios en una guardia de APS en la ciudad de Rosario segundo semestre del 2024?

Diagrama de Ishikawa. Causa y Efecto.



Fuente: Elaboración propia.

El propósito del siguiente trabajo de investigación es analizar la relación entre la eficacia, medida en tiempo de espera y la eficiencia, teniendo en cuenta la cantidad de usuarios y el ausentismo en el proceso de admisión realizado por Enfermería al momento de evaluar a los usuarios de atención de acuerdo a los motivos de consultas en el servicio.

4.3 Situación Actual

En las instituciones siempre hay fuerzas en tensión, en general hay una fuerza que lucha por mantener las cosas como están y otra que promueven que las cosas cambien. Es así como las personas se agrupan en los equipos según su posición o modo de ver el mundo. Lo instituido es lo que está consolidado, lo que parece que no puede cambiar porque siempre fue así y lo instituyente es lo nuevo, lo que propone transformaciones o innovaciones que permiten el desarrollo de la organización. Lo instituido solo es así y puede valorarse como bueno o malo según como se opine. Lo instituyente quiere ser de otro modo, también puede valorarse como bueno o malo según quien lo mire. Pero es lo instituyente lo que siempre moviliza los cambios, por eso suele haber discusiones o conflictos. Estas discusiones son casi siempre expresiones de la lucha entre lo instituido y lo instituyente, y si se dan en un marco formal (en la institución) y respetuoso de la posición de cada uno siempre son saludables (Gobierno de Santa Fe, 2015).

En el servicio que se realizará la investigación, la admisión está a cargo del personal de Enfermería, quienes a través de una serie de preguntas detectan condiciones de salud que requieren una evaluación prioritaria. Además de ser los primeros en entrevistar al usuario de manera concisa, también organizan la sala de espera del servicio. Cuando se identifica una situación de urgencia, el usuario es dirigido a un área designada como Triage, lo que permite implementar medidas preventivas claves desde el inicio de la admisión del paciente.

4.4 Justificación

En el servicio de guardia en estudio, se considera fundamental asegurar que el proceso de triage de admisión sea eficaz y eficiente para garantizar una atención en salud oportuna y adecuada. Según la revisión de la literatura, se considera que un triage efectivo logrará identificar rápidamente a los usuarios que necesitan atención médica urgente, lo que puede salvar vidas y optimizar el flujo de individuos en la guardia, reducir los tiempos de espera y aumentar la satisfacción del usuario y del personal.

En las instituciones de salud, es importante reconocer que los recursos son limitados. Un triage bien organizado colaboraría en la asignación de recursos de manera más efectiva, evitando así la sobrecarga del sistema. Una gestión eficiente de recursos será esencial para proporcionar atención de calidad a todos los usuarios.

Por otro lado, la recopilación eficiente de motivos de consulta contribuirá con la calidad de atención, además se observará como se adaptan los procesos de admisión para satisfacer las necesidades específicas de cada tipo de padecimiento. Conocer esto permitirá mejorar la toma de decisiones clínicas brindadas por el servicio médico/enfermero.

Esta investigación contribuirá a identificar áreas de mejora en el proceso de triage de admisión y en la capacitación del personal. Esto puede conducir a la implementación y adaptación de protocolos actualizados.

Como menciona en su investigación Amarilla... “La integración asistencial contribuye a la conformación de servicios de salud más eficientes, equitativos y de mejor calidad, mediante el logro de objetivos intermedios como la coordinación y continuidad asistenciales y el acceso a la atención médica” (Amarilla, 2020).

4.5 Objetivo General del trabajo

El objetivo general se centrará en la construcción de evidencias e información destinadas a respaldar la gestión en salud, con la necesidad de contar con datos concretos y análisis detallados que sustenten la toma de decisiones. Se buscará crear una base de conocimiento que permitirán a los gestores en salud entender los desafíos, identificar áreas de mejora y diseñar estrategias efectivas para abordarlos.

Dicho objetivo general es:

“Analizar la relación entre la eficacia y eficiencia en el proceso de triaje de admisión realizada por Enfermería según, motivo de consulta de los usuarios en una guardia de APS en la ciudad de Rosario en el segundo semestre del 2024”.

4.6 Objetivos Específicos

- Describir como se realiza el Triage de admisión.
- Identificar los motivos de consulta más frecuentes.
- Medir la eficacia del proceso de triaje de admisión realizado por Enfermería.
- Evaluar la eficiencia del triaje de admisión.

4.7 Hipótesis

En el servicio de guardia de APS se considera que la relación eficacia y eficiencia en el triaje de admisión de Enfermería está vinculada significativamente con los motivos de consulta de los usuarios y la capacidad de resolución del servicio.

4.8 Marco Normativo que regula la Problemática

Dentro del problema de gestión que se plantea resulta pertinente mencionar las siguientes declaraciones, pactos convenciones y leyes que abarcan dichas problemáticas.

Internacionales:

Declaración Universal de Derechos Humanos: Adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1948, establece principios fundamentales de derechos humanos, incluyendo el derecho a la vida, la libertad y la seguridad personal (Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948).

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos: Este tratado, adoptado en 1966, garantiza derechos civiles y políticos, como el derecho a la vida, la prohibición de la tortura y tratos crueles, inhumanos o degradantes (Derechos Humanos y Derecho a la Salud, 1948).

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: Este tratado, también adoptado en 1966, reconoce derechos económicos, sociales y culturales, que incluyen el derecho a la salud (Derechos Humanos y Derecho a la Salud, 1948).

Conferencia Internacional De APS, Alma-Ata, URSS: La Conferencia internacional de atención primaria de salud, reunida en Alma-Ata el día 12 de septiembre de 1978, expresando la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todos los profesionales sanitarios y los implicados en el desarrollo, y por parte de la comunidad mundial, para proteger y promover la salud para todas las personas del mundo (Conferencia Internacional de APS, 1978).

Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer: Adoptada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en 1993, reconoce el derecho de las mujeres a recibir atención médica libre de violencia (ONU, 1993).

Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad: Adoptada en 2006, garantiza los derechos de las personas con discapacidad, incluyendo el derecho a la salud y la atención médica (ONU, 2007).

Nacionales:

Constitución De la Nación Argentina: La Constitución de 1994 de la Argentina, Ley N.º 24.430 el derecho a la salud ingresa de la mano de los tratados internacionales de derechos humanos a través del inciso 22 del artículo 75 (Constitución de la Nación Argentina, 1994).

Ley Nacional:

Ley N° 26529. Derechos de paciente en su relación con los profesionales e instituciones de salud. Salud Publica, Derechos del Paciente. Regula las relaciones civiles entre el paciente con los médicos y con las instituciones de la Salud, que se desarrollen en todo el territorio de la Nación Argentina (Boletín Oficial, 2009).

Ley Provincial:

Ley N° 13956. La legislatura de la Provincia de Santa Fe sanciona con fuerza de ley el Sistema Provincial de Historia Clínica Electrónica. Tiene por objeto la organización e integración de la información sanitaria de las personas que reciben atención en la Provincia (Legislatura Provincia de Santa Fe, 2020).

Ley N° 12501: Regulación del Ejercicio de la Enfermería (Legislatura Provincia de Santa Fe, 2005).

V Construcción de Evidencias e Información para la Gestión en Salud

El presente apartado establece una base teórica sólida que sustenta los conceptos y teorías abordadas en esta investigación. Su inclusión permite contextualizar el estudio, delimitar los marcos de referencia y garantizar la coherencia metodológica.

En primer lugar, se abordan los principios de calidad de atención en salud definidos por la OMS. Seguidamente, se analiza el sistema de salud argentino, el sistema de salud de la provincia de Santa Fe y el de la Municipalidad de Rosario, con el fin de comprender sus estructuras y organizaciones. Dado que el triaje es el eje central en este estudio, se mencionan sus modelos, antecedentes históricos y características y su diferencia con el triaje infantil.

Asimismo, se incorpora el concepto de eficiencia en salud y se complementa con la noción de eficacia en el ámbito sanitario. También se analiza el concepto de guardia médica, dado que constituye el entorno en el que se desarrolla el triaje de admisión. A su vez, se menciona la situación del personal de Enfermería a nivel mundial con base en informes de organismos internacionales y se describe el modelo de atención en la provincia de Santa Fe. En este contexto, se integra la teoría de Dorothea Orem, la cual proporciona un marco conceptual para comprender el rol de la Enfermería en la promoción de la salud.

Finalmente, se desarrolla el concepto de admisión en salud pública y se analiza la clasificación de los motivos de consulta, distinguiendo entre motivos latentes y manifiestos, lo que permite comprender las razones que llevan a los usuarios a acudir a un servicio de guardia.

A lo largo de este apartado, se incorporarán las conceptualizaciones de diversos autores y teorías claves para cada uno de los temas tratados, proporcionando el respaldo teórico necesario para el desarrollo de la investigación.

5.1 Marco Conceptual

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS):

La calidad de la atención es el grado en que los servicios de salud para las personas y las poblaciones aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados. Se basa en conocimientos profesionales basados en la evidencia y es fundamental para lograr la cobertura sanitaria universal. A medida que los países se comprometen a lograr la salud para todos, es imperativo considerar cuidadosamente la calidad de la atención y los servicios de salud.

La atención sanitaria de calidad se puede definir de muchas maneras, pero hay un creciente reconocimiento de que los servicios de salud de calidad deben ser: Eficaz – proporcionar servicios de salud basados en evidencia a quienes los necesitan;

Seguro - evitar daños a las personas para las que el cuidado está destinado; Y Centrado en las personas: proporcionar atención que responda a las preferencias, necesidades y valores individuales.

Para aprovechar los beneficios de una atención médica de calidad, los servicios de salud deben ser:

Oportuno – reducción de los tiempos de espera y a veces de retrasos dañinos; Equitativo – proporcionar atención que no varía en calidad debido al género, la etnia, la ubicación geográfica y la situación socioeconómica;

Integrado – proporcionar atención que pone a disposición toda la gama de servicios de salud a lo largo del curso de la vida;

Eficiente: maximiza el beneficio de los recursos disponibles y evita el desperdicio (OMS, 2024).

Sistema de Salud en Argentina

El sistema de salud de Argentina está determinado en primer lugar por la organización federal del país, las provincias retienen su autonomía para administrar los servicios de salud y educación. A esta condición estructural debe agregarse la pluralidad de iniciativas y jurisdicciones, así como su persistente fragmentación institucional, que acentúa la dispersión de los centros de decisión. En la Argentina, la creación de la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES) en 1991 logró concentrar la recaudación de todos los aportes y contribuciones de obras sociales, jubilaciones y subsidios familiares, pero en lo relativo a obras sociales solo actúa como ente distribuidor, sin poder para establecer normas ni regulaciones (Arce 2012).

En Argentina podemos distinguir, al igual que en la mayoría de los países de América Latina, tres subsectores que coexisten de manera desarticulada y fragmentada: 1) el subsector público, 2) el subsector de la seguridad social y 3) el subsector privado. Subsectores que no están integrados entre sí, pero que además hacia el interior también se repite esta desintegración y desarticulación que profundizan inequidades y asimetrías. Así, se da la presencia de un sistema de salud segmentado y fragmentado. La segmentación implica: la coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión de servicios de salud que dependerán de la inserción laboral (o no), nivel de ingreso, capacidad de pago y posición social, mientras que la fragmentación implica: la coexistencia de varias unidades no integradas dentro de la red sanitaria asistencial. También se da una multiplicidad de fuentes de financiamiento, el sector público se financia con recursos fiscales, en general proveniente de impuestos indirectos regresivos, las Obras Sociales se financian con un porcentaje del salario de los trabajadores y empleadores y se constituye un fondo solidario de redistribución, mientras que las entidades privadas se financian con el aporte particular de las personas que contratan el servicio (Echegoyemberry, 2017).

El sistema de salud argentino, en su marco legal institucional, se configuró, siguiendo los principios de universalidad, gratuidad, solidaridad, progresividad, los que fueron desvirtuados en su implementación, ampliándose una brecha

entre lo que el derecho prescribía y la forma de organización que asumen los servicios de salud (selectivos, expulsivos, ineficaces e ineficientes) (Echegoyemberry, 2017).

Provincia de Santa Fe. Red de Atención en Salud.

La estrategia de gestión del sistema de salud pública provincial Santafesino, es un modelo de gestión en red basado en la APS, una gran red en la cual todo sistema de salud está estructurado para cuidar y dar respuesta a las necesidades de salud de la población. La red está compuesta por efectores de gestión provincial y municipal en trabajo articulado con otras áreas para dar respuesta efectiva a la ciudadanía. Los efectores de salud están organizados territorialmente en cinco nodos, en los que cada región posee una ciudad nodo, como centro de información, articulación, y distribución de recursos y capacidades.

Están divididos en niveles de complejidad necesarias para el cuidado del ciudadano:

1er Nivel: Centros de Salud, son los encargados de garantizar la salud territorializada.

2do Nivel: Hospitales y Samcos (Sistema para la Atención Médica de la Comunidad) de baja y mediana complejidad.

3er Nivel: Hospitales de alta complejidad, son el último y más completo nivel de la red.

Para garantizar el funcionamiento de la red articulando los tres niveles, existe el Sistema integrado de Emergencias Sanitarias (SIES) que cuenta con vehículos de traslados y centrales de operaciones y traslados (Gobierno de Santa Fe, 2024).

Rosario: Atención en Salud

El modelo de atención de la ciudad de Rosario está basado en la estrategia de APS. Implica que las acciones del sistema de salud están organizadas en función de las necesidades de la población. Para ello, es central partir de

donde las personas viven, porque es allí donde se construyen los proyectos de vida y donde se presentan los problemas de salud.

Las acciones de los equipos de salud se organizan en redes, de manera que todas las instituciones, servicios y atenciones se complementen y cooperen, formando grupos amplios y plurales, ya que ni un listado de enfermedades, ni un paquete de prestaciones alcanzan para cubrir todos los problemas de salud.

Los equipos de salud son responsables de las familias que habitan en los territorios más cercanos al lugar de atención. Los problemas se abordan no solo desde lo individual sino también teniendo en cuenta el contexto familiar.

En el ámbito de esta red se desarrollan acciones para cuidar la salud de todos, como promover formas de vida saludables, prevenir enfermedades, monitorear el surgimiento de aquellas situaciones que ponen en riesgo la salud, distribuir insumos de manera oportuna, capacitar a los trabajadores e investigar sobre los problemas más importantes en salud.

El Sistema de Salud público de Rosario se integra por todas las organizaciones, instituciones y recursos del Estado destinados a garantizar el Derecho a la Salud. En ese sentido, Rosario ofrece una red de servicios públicos que integra acciones del Municipio, la Provincia y la Nación.

El Estado Municipal tiene a su cargo una red de servicios constituida por 50 Centros de Salud, 3 Hospitales de Mediana complejidad, 2 Hospitales de Alta complejidad, 2 Maternidades, ILAR, CEMAR, La Estación, espacio de referencia para el abordaje integral de consumos de alcohol y sustancias psicoactivas, SIES, Instituto de la Salud Lazarte, el laboratorio de producción pública de medicamentos (LEM), el Instituto del Alimento y el Instituto de Salud Animal (IMUSA) con sus 7 sedes (Municipalidad de Rosario, 2024).

[Triage o Triage. Sistema de Clasificación de pacientes](#)

El término triaje, de origen francés, es un proceso fundamental en la medicina de Urgencias y desastres que implica la evaluación y clasificación de los pacientes según la gravedad de su condición y la necesidad de atención médica inmediata. El objetivo principal del triaje es optimizar el uso de los

recursos disponibles para proporcionar la atención adecuada a la mayor cantidad posible de pacientes en situaciones en las que la demanda de atención médica supera la capacidad de respuesta del sistema sanitario.

El proceso de triaje implica evaluar a cada paciente y asignarle una categoría de triaje que refleja la gravedad de su condición. Las categorías varían dependiendo del sistema de triaje utilizado, pero suelen incluir niveles como crítico (requiere atención inmediata), urgente (requiere atención rápida pero no inmediata), menos urgente (puede esperar sin un riesgo inmediato para la vida o la función de un órgano), y no urgente (puede ser atendido en un centro de atención médica no urgente).

El triaje es un proceso dinámico que debe ser repetido a intervalos regulares para asegurar que el estado del paciente se refleja adecuadamente y se le asigna el nivel de atención apropiado a medida que cambian las circunstancias. En el contexto de una emergencia o un desastre, el triaje puede ser realizado por profesionales médicos con formación especializada en el manejo de situaciones de urgencia o por otros profesionales de la salud que han recibido formación en las técnicas de triaje.

En el marco de la medicina de urgencias, el triaje es un elemento esencial para el manejo eficiente de los pacientes en el departamento de urgencias. Ayuda a identificar a aquellos pacientes que necesitan atención inmediata, permite priorizar la atención de los pacientes en función de la gravedad de su condición, y puede contribuir a reducir los tiempos de espera y mejorar el flujo de pacientes en el departamento de urgencias.

Es importante tener en cuenta que el triaje no es un sustituto de la evaluación médica completa y la atención médica adecuada. Más bien, es una herramienta para gestionar el flujo de pacientes en situaciones de alta demanda y para asegurar que cada paciente recibe el nivel de atención apropiado para su condición (Universidad de Navarra, 2023).

Antecedentes

La acción de clasificar a las personas según su gravedad surge en el campo de batalla, donde contrariamente a lo que se maneja hoy en día, se les daba prioridad de atención médica a los soldados con lesiones tratables y leves, ya

que existía la posibilidad de que pudieran regresar rápidamente al combate; a los que estaban en una situación muy grave o con heridas mortales, simplemente se le dejaba a un lado abandonados a su suerte. Es a partir de 1970 que se genera el triaje hospitalario, con el objetivo de clasificar a las personas con afecciones traumatológicas para evaluar si serían trasladadas o no a instituciones de salud. En años recientes debido a la alta demanda de servicios hospitalarios, al insuficiente personal de salud y al excesivo número de pacientes con problemas menores que hacen uso inapropiado del Servicio de Urgencias, se detecta como una necesidad real la implementación de algún sistema de triaje (Olvera, 2011).

Modelo de Triage Hospitalario

Existen diversos tipos de clasificación que están en función de diferentes cualidades: la especialidad a la que pertenece, el motivo clínico de consulta, tipo de transporte de llegada al servicio de urgencias (camilla, ambulancia, silla de ruedas, helicóptero), tipo de financiamiento de la atención (pública o privada), entre otros.

En cuanto a la propuesta de clasificación de pacientes de acuerdo a su gravedad, inicialmente era en tres niveles de categorización: emergente, urgente y no urgente. Posteriormente se le dio auge a un sistema creado en Estados Unidos (EE. UU) que tenía un nivel más. Paralelamente en Australia se estaba implementando con éxito la National Triage Scale for Australasian Emergency Departments, basada en cinco niveles: resucitación, emergencia, urgente, semi- urgente y no urgente. A partir de esta clasificación se han desarrollado múltiples modelos de triaje estructurado con el mismo número de categorías, como el MAT (Modelo Andorrano de Triage), el SET (Sistema Español de Triage), entre otros, que tienen como objetivo el poder ser aplicados de forma segura tanto en adultos como en niños, independientemente del tipo de hospital, algunos de ellos apoyados en programas informáticos de ayuda en la decisión clínica (Olvera, 2011).

El triaje permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos. Debe ser la llave de entrada a

una asistencia eficaz y eficiente, y, por tanto, una herramienta rápida, fácil de aplicar y que además poseen un fuerte valor predictivo de gravedad, de evolución y de utilización de recursos.

La aplicación del triaje, proviene del mundo anglosajón que desarrolla a partir de los años 60 diversos planteamientos basados en escalas de 3 o 4 niveles de categorización que, al no haber demostrado suficiente fiabilidad, relevancia y validez, han sido casi todas sustituidas a partir de los años 90 por nuevas escalas de 5 niveles de priorización que pueden ser aplicadas en modelos del denominado triaje estructurado.

El uso de dichas escalas parte de un concepto básico en triaje: lo urgente no siempre es grave y lo grave no es siempre urgente. Ello hace posible clasificar a los pacientes a partir del «grado de urgencia», de tal modo que los pacientes más urgentes serán asistidos primero y el resto serán reevaluados hasta ser vistos por el médico. Se acepta, en consecuencia, que las funciones del triaje deben ser:

1. Identificación de pacientes en situación de riesgo vital.
2. Asegurar la priorización en función del nivel de clasificación.
3. Asegurar la reevaluación de los pacientes que deben esperar.
4. Decidir el área más apropiada para atender a los pacientes.
5. Aportar información sobre el proceso asistencial.
6. Disponer de información para familiares.
7. Mejorar el flujo de pacientes y la congestión del servicio.
8. Aportar información de mejora para el funcionamiento del servicio.

Actualmente se reconocen cinco modelos de triaje estructurado con una amplia implantación:

1. La Australian Triage Scale (ATS)
2. La Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS)
3. El Manchester Triage System (MTS)
4. El Emergency Severity Index (ESI)
5. El Sistema Español de Triage (SET) adoptado por la Sociedad Española de Medicina de Emergencias (SEMES) a partir del Model Andorrà de Triage: MAT

Triage como indicador y control de calidad

La disponibilidad de un sistema de triaje estructurado, ha sido considerado como un índice de calidad básico y relevante de la relación riesgo-eficiencia aceptándose que el porcentaje de pacientes dentro de cada nivel de triaje es como la «huella digital», de tal forma que se puede establecer cuál es el perfil en función al nivel de urgencia y la intensidad del servicio que se presta.

“Gómez Jiménez propone cuatro índices de calidad” (Gómez, 2003, citado en Soler, 2010) que deben ser asumidos por el sistema de triaje implantado y que se convierten en testigos de su capacidad como indicador de calidad del propio servicio de urgencias:

1. El índice de pacientes perdidos sin ser vistos por el médico (< del 2% de todos los pacientes que acuden a urgencias). Divide a este índice en aquéllos que se pierden sin ser clasificados y aquéllos que se trian, pero se van antes de ser visitados.
2. Tiempo desde la llegada a urgencias hasta que se inicia la clasificación (menor de 10 minutos).
3. Tiempo que dura la clasificación (menor de cinco minutos como recomendación).

4. Tiempo de espera para ser visitado, establecido en cada uno de los niveles de prioridad de que conste el sistema de triaje y que varía entre la atención inmediata del nivel I de prioridad hasta los 240 minutos, considerados como el tiempo máximo que debe esperar la prioridad menos urgente.

En cuanto a este último indicador de calidad, se establecen niveles de priorización en la atención. Cada nivel va a determinar el tiempo óptimo entre la llegada y la atención y cada modelo de triaje estructurado establece cuáles son esos tiempos ideales, que varían muy poco de un modelo a otro. Todas las escalas comentadas anteriormente coinciden ampliamente en estos parámetros:

- Nivel I: prioridad absoluta con atención inmediata y sin demora.
- Nivel II: situaciones muy urgentes de riesgo vital, inestabilidad o dolor muy intenso. Demora de asistencia médica hasta 15 minutos.
- Nivel III: urgente pero estable hemodinámicamente con potencial riesgo vital que probablemente exige pruebas diagnósticas y/o terapéuticas. Demora máxima de 60 minutos.
- Nivel IV: urgencia menor, potencialmente sin riesgo vital para el paciente. Demora máxima de 120 minutos.
- Nivel V: no urgencia. Poca complejidad en la patología o cuestiones administrativas, citaciones, etcétera (ETC). Demora de hasta 240 minutos.

Estos cinco niveles se establecen en base a:

- Descriptores clínicos, síntomas centinela o categorías sintomáticas, abiertas o cerradas, con o sin ayuda de algoritmos o diagramas.
- Discriminantes del nivel de urgencia: riesgo vital, constantes fisiológicas, tiempo de evolución, nivel de dolor, mecanismo de lesión, etc.

Un sistema estructurado de triaje puede servir también para valorar otra serie de parámetros, como son el tiempo de estancia en urgencias, el porcentaje de

ingresos en función del nivel de gravedad, las necesidades de recursos, etc. que indirectamente van a relacionarse con cada uno de los niveles de prioridad y que están estrechamente condicionados por el incremento de la demanda, la cual depende tanto de determinantes externos (afluencia) como internos (propia capacidad del servicio, demora de exploraciones, espera de cama para ingreso, espera de transporte, problemas sociosanitarios). Estos parámetros son fundamentales para orientar la gestión organizativa, económica y el funcionamiento del propio servicio de urgencias (Soler, 2010).

¿Quién lleva a cabo el triaje?

Dado que el triaje no se fundamenta en diagnósticos y la concordancia inter observador hallada en las diferentes escalas ha resultado muy satisfactoria, el triaje “es reivindicado desde sus inicios por Enfermería” (Sullivan, 1989, citado en Soler, 2010), que “consigue muy buenos resultados incluso con escalas de 4 niveles de prioridad” (Aranguren, 2005, citado en Soler, 2010). Hay, sin embargo, sistemas que defienden que debe ser un médico experimentado de urgencias el encargado de realizarlo (sistema Donostiarra de triaje).

Actualmente es el personal de Enfermería el que con más frecuencia lo realiza, con o sin ayuda del facultativo. “En este sentido algunos estudios concluyen que el triaje de Enfermería con apoyo médico es más eficiente que el triaje de Enfermería aislado” (Subash, 2004, citado en Soler, 2010) sobre todo para los casos de alta urgencia y complejidad. “No obstante, otros modelos definen el «traje avanzado», en el que el profesional de Enfermería ejecuta un procedimiento o administra una medicación en base a directrices médicas con protocolos, circuitos y órdenes médicas preestablecidos. Estos protocolos se han de poner en práctica una vez consensuados y establecidos y después de que la mayoría de los profesionales de Enfermería hayan recibido la formación adecuada y se haya verificado su capacitación. También deben ser aprobados por la estructura hospitalaria competente” (Gómez, 2006, citado en Soler, 2010).

Triage pediátrico

Todas las escalas que hemos nombrado se han diseñado para ser aplicadas a la población adulta y secundariamente se han desarrollado adaptaciones dirigidas a la población pediátrica que no siempre han demostrado la misma validez por las diferencias clínicas entre ambas poblaciones. Así, pues se ha objetivado que el triaje pediátrico presenta unas características propias.

- Menor grado de urgencia (mayor porcentaje de niveles IV y V).
 - El nivel I se concentra en los niños de menor edad.
 - Menor complejidad para un mismo nivel de urgencia.
 - Menor tiempo de estancia, de consumo de recursos e índice de ingreso para un mismo nivel de triaje que en adultos.
 - Preponderancia de los procesos infecciosos y febriles.
- Las 10 categorías sintomáticas más frecuentes en los niños aglutinan a casi la totalidad de los motivos de consulta lo que facilita el que se pueda conseguir la formación específica en triaje pediátrico que necesitan los profesionales. Esto facilita el objetivo de la especial formación que se debe impartir a los profesionales (Soler, 2010).

Eficiencia en Salud

La eficiencia depende de las funciones del sistema de salud como la generación de recursos, el modelo de financiamiento, la organización de los sistemas y la forma de provisión de los servicios de salud, que son condicionantes que se completan con una influencia subyacente de las características institucionales y el desarrollo de la rectoría del sistema.

Por otra parte, la eficiencia contribuye con los objetivos finales de los sistemas de salud, expresados en términos de ganancias en salud y equidad en salud, protección financiera y equidad en el financiamiento, y con la responsabilidad del sistema de salud respecto de las necesidades de la población. En este marco, la eficiencia también ha sido considerada una de las condiciones y requisitos para alcanzar los objetivos de la estrategia de acceso y cobertura universal, ya sea en términos de una utilización adecuada en relación con las

necesidades de salud de la población, la calidad de los servicios o una protección financiera universal (Báscolo, 2016).

Definición de Eficiencia según Avedis Donavedian:

-La eficiencia no es más que el costo que representa cualquier mejora en la salud. Si existen dos estrategias igualmente eficaces o efectivas la menos costosa es la más eficiente.

Los valores establecidos en la atención sanitaria nos exigen el objetivo de obtener la mayor mejora alcanzable en salud para cada paciente, y todos están de acuerdo es que lo mejor es conseguir esta mejora al costo más bajo posible (Donavedian, 1990).

Eficacia en Salud

Eficacia es la capacidad de la ciencia y el arte de la atención sanitaria para conseguir mejoras en la salud y el bienestar. Significa la mejor actuación posible, en las condiciones más favorables, según el estado del paciente y en unas circunstancias inalterables.

La eficacia relativa de las estrategias alternativas de atención se establece a través de la investigación clínica controlada o utilizando un método más moderno “evaluación de la tecnología”. La estrategia más eficaz de manejo clínico que se conoce, establecer el límite superior de lo que se puede alcanzar es la frontera tecnológica (Donavedian, 1990).

Guardia Medica

Las guardias son una modalidad de trabajo del equipo de salud, su propósito es que los servicios médicos estén disponibles de forma continua y permanente a la población general, los 7 días de la semana y los 365 días del año. Los turnos de guardia pueden ser de 12 horas o 24 horas, por lo general son de 24 horas rotativos cada 5 o 6 días. El número y diversidad de especialidades disponibles depende de la complejidad de la institución. El trabajo por guardias beneficia a

la comunidad a brindarles la oportunidad de solucionar situaciones que le ocasionan gran malestar o incluso ponen en riesgo su vida, sin embargo, para el personal de salud constituyen una actividad laboral que genera cansancio físico y mental, ansiedad, estrés (Andrade, 2014).

Enfermería

Los profesionales de Enfermería están en la línea de acción en la prestación de los servicios y desempeñan una función importante en la atención centrada en las personas y comunidades. En muchos países son líderes o actores clave en los equipos de salud multiprofesionales e interdisciplinarios. Proporcionan una amplia gama de los servicios a todos los niveles del sistema de salud. Hay escasez de Enfermeros en la Región de las Américas debido principalmente a la migración de profesionales a otras regiones, a las diferentes condiciones de desarrollo económico de los países, las políticas de recursos humanos en salud y de Enfermería, las precarias condiciones de empleo y de trabajo y a la falta de regulación profesional.

En el informe Situación de la Enfermería en el mundo 2020, invertir en educación, empleo y liderazgo, publicado el mismo año por la OMS, se estima que hay en el mundo cerca de 28 millones de profesionales de la Enfermería, un número que representa más de la mitad de los profesionales de la salud.

También se destaca que sigue existiendo un déficit mundial de 5,9 millones de profesionales de la Enfermería, la mayoría en países de África, Asia Sudoriental y la Región del Mediterráneo Oriental de la OMS, así como en algunos países de América Latina.

Las acciones necesarias para disminuir el déficit de estos profesionales son aumentar la inversión nacional para evitar una situación de escasez mundial, incrementar el número de graduados en Enfermería, mejorar las opciones de empleo y retener a los profesionales en el sistema de salud (OPS,2023).

Hoja informativa

La Enfermería abarca el cuidado autónomo y colaborativo de personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos y en todos los entornos.

Las enfermeras están en la línea de acción en la prestación de servicios y desempeñan un papel importante en la atención centrada en la persona. En varios países, son líderes o actores clave en los equipos de salud multidisciplinarios e interdisciplinarios. Proporcionan una amplia gama de servicios de salud en todos los niveles del sistema de salud.

Para que los países logren la meta de acceso universal a la salud y cobertura universal de salud, también denominada salud universal, se debe garantizar la calidad, cantidad y relevancia de la fuerza laboral de Enfermería.

Respuesta de la OPS:

-Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud

La cooperación en el tema de Enfermería se enmarca en la estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud probada por la Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en Washington, D.C., los días 25 al 29 de septiembre del 2017, que define tres líneas de acción:

-Fortalecer y consolidar la gobernanza y rectoría de los recursos humanos para la salud.

-Desarrollar condiciones y capacidades de los recursos humanos para la salud para ampliar el acceso y la cobertura de salud con equidad y calidad.

-Concertar con el sector educativo para dar respuesta a las necesidades de los sistemas de salud en transformación hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.

-Orientación estratégica para Enfermería en la Región de las Américas

La Orientación estratégica para Enfermería en la Región de las Américas para avanzar y fortalecer la Enfermería en los sistemas y servicios de salud recomienda las siguientes líneas de acción:

Fortalecer y consolidar el liderazgo y la gestión estratégica de la Enfermería en el contexto de los sistemas de salud y en la formulación y monitoreo de políticas. Abordar las condiciones de trabajo y las capacidades de los enfermeros y enfermeras para expandir el acceso y la cobertura con equidad y calidad, a fin de promover un modelo de atención centrado en las personas, la

familia y las comunidades y el fortalecimiento tanto del primer nivel de atención como de las redes integradas de servicios de salud.

Fortalecer la calidad de la educación en Enfermería para responder las necesidades de los sistemas de salud orientados al acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (OPS, 2023).

Modelo de Atención de Enfermería. APS. Provincia de Santa Fe.

La APS es una estrategia que concibe integralmente los problemas de salud - enfermedad atención de las personas y del conjunto social, a través de la integración de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación. Tiene como misión extender el sistema sanitario a la intimidad de los hogares permitiendo conocer la realidad social y sanitaria de la población, mejorando la comunicación del individuo (y su familia, sus saberes y cultura) con la medicina científica. Las prestaciones de APS, se caracterizan por ser actividades desarrolladas habitualmente en el primer nivel de atención: atención materno infantil, planificación familiar, inmunizaciones, entre otras, combinadas con otro tipo de actividades que conciben a la APS, desde una perspectiva que va más allá del primer nivel de atención y que pretenden garantizar una atención integral de la salud, del individuo, la familia y la comunidad. La capacidad de garantizar servicios con esta concepción, no es homogénea y está condicionada por factores económicos, distribución de recursos y las dificultades de accesibilidad en los territorios más alejados. Los servicios garantizados por la APS son:

Asistencia sanitaria en consulta y/o domicilio. La consulta en policlínica programada y a demanda es una constante presente en todos los servicios, pero en la atención domiciliaria hay provincias que han avanzado con nominalización de la población a cargo de los equipos de salud mientras que en varias jurisdicciones este proceso es todavía incipiente.

Inmunizaciones: Está entre las prioridades del Ministerio de Salud de la República Argentina, a partir del 2003 garantizando vacunación gratuita y obligatoria a toda la población con particular énfasis en la población infantil.

Los equipos de APS, se integran por las siguientes disciplinas; médicos (generalistas) pediatras; clínicos; ginecólogos; odontólogos; psicólogos;

enfermeros; administrativos. Esta integración, no es homogénea a nivel país, por las desigualdades en la distribución de los recursos y las capacidades económicas de las provincias.

La APS desde el 2003 es el eje fundamental de la política sanitaria. Para que la estrategia tenga éxito su implementación implica una gestión territorial que garantiza una cobertura de salud universal, integral y equitativa. Por ello el fortalecimiento de la gestión territorial debe ser producto de la articulación interjurisdiccional de nación, provincia y municipio (Ríos Ferreira, 2014).

La finalidad de la atención y cuidado Enfermero en los servicios es: “Garantizar el derecho a la salud de la población respetando en su diversidad a las personas, familias y comunidades, brindando, desarrollando y gestionando cuidados integrales de Enfermería en los diferentes niveles de atención o por la modalidad de cuidados progresivos, para promover, prevenir, recuperar y rehabilitar la salud de las personas y comunidades a su cargo”.

El cuidado desde la clínica de Enfermería: El cuidado es un vínculo que se construye entre la persona que cuida (enfermera) y quien es cuidado (individuo). En él se integran las emociones, la intuición, la creatividad, los conocimientos y las técnicas. El cuidado es relacional, contextual y existencial. Como tal, implica una acción, un proceso y un procedimiento. Si bien es instrumental a la vez implica un acto humano donde necesariamente se trabaja con otro ser humano, con una persona a la que se debe tratar con dignidad, integridad y respeto. Hoy en día el cuidado sólo puede entenderse desde el pensamiento complejo, requiere mirar las múltiples dimensiones que lo componen. La construcción del cuidar/cuidado de Enfermería complejo implica, por lo tanto, considerar la articulación de conocimientos que trascienden la linealidad del hacer y que implican un cierto grado de desorden e incertidumbre. Este proceso, a primera vista contradictorio, es esencial para superar la lógica de la fragmentación, de la previsibilidad y del excesivo orden -recetas listas de cuidar/cuidado- aún muy arraigado en el ser y el hacer de Enfermería. Las prácticas de Enfermería en tanto prácticas sociales, son complejas, cotidianamente hay que hacerle un lugar a lo inesperado, lo aleatorio, lo incierto. Es en esta complejidad del mundo de lo humano, donde dichos cuidados constituyen la clínica del cuidado enfermero. Entender la naturaleza

de los cuidados de Enfermería, según Colliere, “exige,por tanto, volverlos a situar dentro del único contexto que les da todo su sentido, su significado real: el contexto de la vida o más exactamente el contexto del proceso de vida y muerte al que el hombre y los grupos humanos se enfrentan todos los días en el desarrollo de su existencia”. Los aspectos centrales del modelo de la clínica del cuidado enfermero propuesto son el compromiso con las personas en los lugares en que estas viven. Aspirar a comprender el contexto del proceso salud-enfermedad-cuidado. Cada intervención es una oportunidad de prevención y promoción. Construir el proyecto de cuidado con el equipo y los usuarios, considerando siempre la singularidad y todas las instancias intervinientes en el proceso de salud (Sousa campos, 2016).

La construcción del vínculo en tanto terapéutico depende de que se movilicen tanto los usuarios como el equipo. Del lado del paciente, el vínculo sólo se constituirá cuando éste crea que el equipo puede contribuir, de algún modo, en la defensa de su salud. Del lado de los profesionales, la base del vínculo es el compromiso con la salud de aquellos que los buscan o son por ellos buscados. El vínculo comienza cuando estos dos movimientos se encuentran, unos demandando ayuda, otros haciéndose cargo de las solicitudes de cuidados. Es importante el vínculo que se establezca y que éste pueda contener el padecimiento del otro que está momentáneamente al cuidado del enfermero, esto es muchas veces conocido también como la instalación de transferencia positiva o empatía.

Proceso de trabajo enfermero, es el conjunto de prácticas que realiza el profesional enfermero con el fin de lograr el cuidado integral de la salud de una persona o un colectivo, procurando su bienestar como resultado del trabajo en equipo.

-Educación para la Salud (ES): La educación para la salud es un proceso multidimensional que puede ser entendido como proceso de comunicación, como proceso de intervención social y como proceso educativo; teniendo como finalidad la capacitación y responsabilización de las personas en la toma de decisiones relacionadas con la salud. La educación para la salud como proceso de comunicación social, implica la transmisión de un mensaje de un emisor a un receptor. Siempre como fenómeno comunicacional tiene que estar planificada,

orientada a la población objetivo teniendo en cuenta sus características (educacionales, culturales, etc.), debe utilizarse recursos didácticos y ser participativa, pudiendo ser también evaluada. Como proceso de intervención social nunca debe ser un conjunto de prohibiciones, ni consejos moralizantes. Como fenómeno educativo debe transmitir información respetando los saberes populares y la cultura. El enfermero en su rol diario de trabajo realiza educación para la salud en forma individual a las personas en la entrevista y en el momento de la realización de sus prácticas siendo su saber muy respetado por la comunidad. También participa junto a los otros integrantes del equipo de la ES comunitaria o poblacional.

-Actividades en terreno: Puede darse la necesidad de realizar la actividad llamada genéricamente en terreno a partir de un caso de investigación que surja del propio centro de salud, o que el centro de salud sea convocado a realizar la actividad por un caso investigado desde otra institución, pero domiciliado en el área de cobertura del centro. Para ello es imprescindible tener bien claro la patología que se sospecha, de manera de realizar la actividad específica en cada caso.

-Capacitación, educación e investigación: Enfermeros como tutores docentes. A los efectores asisten los estudiantes de las escuelas de Enfermería. Los mismos son guiados en el proceso de enseñanza aprendizaje por tutores docentes, ya sea en los centros de salud o en los distintos servicios o áreas de nuestros establecimientos sanitarios. Los tutores son Enfermeros profesionales con experiencia en el campo de la Salud Pública (Sousa Campos, 2016).

Paradigma de Enfermería:

Dorothea Elizabeth Orem, (junio 1914 – junio 2007)

Orem, dio a conocer su modelo de autocuidado y presenta su Teoría del déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí:

1. La teoría del autocuidado

El autocuidado es un concepto introducido por Orem en 1969, es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que

existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar. Establece los requisitos de autocuidado, que además de ser un componente principal del modelo forma parte de la valoración del paciente, el término requisito es utilizado en la teoría y es definido como la actividad que el individuo debe realizar para cuidar de sí mismo, propone a este respecto tres tipos de requisitos:

Requisito de autocuidado universal.

Requisito de autocuidado del desarrollo.

Requisito de autocuidado de desviación de la salud (son la razón u objetivo de las acciones de autocuidado que realiza el paciente con incapacidad o enfermedad crónica).

Los factores condicionantes básicos: internos o externos que afectan a sus capacidades para ocuparse de su autocuidado, Orem en 1993 identifica diez variables agrupadas dentro de este concepto: edad, sexo, estado redesarrollo estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de cuidados de salud, factores del sistema familiar, patrón de vida, factores ambientales, disponibilidad y adecuación de los recursos.

Definió los siguientes conceptos meta paradigmáticos:

-Persona: Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.

-Salud: La salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por tanto, lo considera como la percepción del bienestar que tiene una persona.

-Enfermería: Servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto,

es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

2. La teoría del déficit de autocuidado

Es una relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas en las que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado que constituyen la acción, no son operativas o adecuadas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o previsto.

Los seres humanos tienen gran capacidad de adaptarse a los cambios que se producen en sí mismo o en su entorno. Pero pueden darse una situación en que la demanda total que se le hace a un individuo exceda su capacidad para responder a ella. En esta situación, la persona puede requerir ayuda que puede proceder de muchas fuentes, incluyendo las intervenciones de familiares, amigos y profesionales de Enfermería.

Orem usa la palabra agente de autocuidado para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica. Cuando los individuos realizan su propio cuidado se les considera agentes de autocuidado.

Las acciones de autocuidado interna y externamente orientadas proporcionan un índice general sobre la validez de los métodos de ayuda.

Las 4 acciones de autocuidado orientadas externamente son:

- *Secuencia de acción de búsqueda de conocimientos.
- *Secuencia de acción de búsqueda de ayuda y de recursos.
- *Acciones expresivas interpersonales.
- *Secuencia de acción para controlar factores externos.

Los dos tipos de acciones de autocuidado orientadas internamente son:

- Secuencia de acción de recursos para controlar los factores internos.
- Secuencia de acción para controlarse uno mismo (pensamientos, sentimientos, orientación).

Cuando existe el déficit de autocuidado, los enfermeros pueden compensarlo por medio del Sistema de Enfermería, que puede ser: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo. El tipo de

sistema dice del grado de participación del individuo para ejecutar su autocuidado, regular o rechazar el cuidado terapéutico. Una persona o grupo puede pasar de un Sistema de Enfermería a otro en cualquier circunstancia, o puede activar varios sistemas al mismo tiempo.

3. La teoría de los sistemas de Enfermería.

Orem establece la existencia de tres tipos de sistema de Enfermería. Elementos básicos que lo constituyen:

-La Enfermera.

-El paciente o grupo de personas.

-Los acontecimientos ocurridos incluyendo, entre ellos, las interacciones con familiares y amigos.

Los sistemas de Enfermería tienen varias cosas en común y deben estar claramente establecidas. Los papeles generales y específicos de la enfermera, el paciente y las personas significativas deben ser determinados. Es preciso determinar el alcance de la responsabilidad de Enfermería. Debe formularse la acción específica que se va a adoptar a fin de satisfacer necesidades específicas de cuidados de la salud. Debe determinar la acción requerida para regular la capacidad de autocuidado para la satisfacción de las demandas de autocuidado en el futuro.

Tipos de sistema de Enfermería:

-Sistema totalmente compensador: La enfermera se hace cargo de satisfacer los requisitos de autocuidado universal del paciente hasta que este pueda reanudar su propio cuidado o cuando haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad.

-Sistema parcialmente compensador: La enfermera actúa con un papel compensatorio, pero el paciente está mucho más implicado en su propio cuidado en término de toma de decisiones y acción.

-Sistema de apoyo educativo: Este sistema de Enfermería es el apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero actualmente necesita ayuda de Enfermería, a veces esto puede significar

simplemente alertarlo. El papel de la enfermera se limita a ayudar a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades (Naranjo Hernández, 2017).

Admisión en Salud

Es un término de la salud pública, “Es la entrevista que se realiza a todo paciente que ingresa al servicio por primera vez, la que se utiliza para registrar datos de filiación, motivo de consulta y elaborar un diagnóstico presuntivo, a fin de establecer si corresponde:

- 1- Su ingreso al servicio y posterior derivación al tratamiento adecuado.
- 2- Su derivación a otros servicios hospitalarios.
- 3- No requiere tratamiento alguno”.

Implica, por lo tanto, un momento de toma de decisiones y un modo de articular las demandas con la oferta que pone en juego tanto criterios de tratamiento como recursos disponibles. Se lo acepta, se lo deriva o no se lo admite. En la práctica, los diferentes servicios han organizado sus admisiones de maneras diferentes. Sería interesante hacer una investigación que permitiera evaluar las consecuencias que cada uno de estos sistemas tiene sobre los tratamientos, las deserciones, las derivaciones, así como los diversos problemas que se plantean a partir de cada una de estas modalidades. En algunos es más administrativa. En otros hay equipos de admisión al servicio, en otros, cada equipo tiene su admisión.

El término admisión designa, entonces, la forma que la institución tiene de recibir, de acoger, a quien consulta buscando una respuesta a lo que le ocurre. Si admitir implica aceptar, dar cabida, es necesario para eso que haya por parte del quien consulta un pedido, una pregunta, que se dirija a un Otro. La respuesta que en ese momento se dé, el modo en que se lo escuche, las intervenciones que se produzcan condicionan, a su vez, en gran parte, el modo de tratarlo y la posición que el sujeto pueda tomar con relación a su propia consulta.

Por eso no es indiferente el modo en que dicha admisión se realice, la posición de quien esté a su cargo.

Admisión es término de la salud pública y entrevistas preliminares es término

del psicoanálisis, pero, aunque tratado de diferentes maneras, para ambos es necesario un momento de decisión que implica la aceptación o no de la consulta y su eventual derivación o reformulación (Rubistein, 1996).

Motivo de consulta

Síntoma o signo por el que el enfermo acude a urgencias. Generalmente queda reflejado en la historia en el momento en que el enfermero realiza el triaje del enfermo. Siempre debe revisarse y constatar que tiene relación con lo que describe el enfermo (Editorial Medica Panamericana, s/f).

Motivo de consulta manifiesto vs. motivo de consulta latente

El motivo de consulta puede tener que ver con la clínica objetivable pero también con una inquietud subjetiva que el paciente no sepa o atreva a manifestar.

Motivo de consulta manifiesto

El motivo de consulta manifiesto obedece a la interpretación que el paciente hace de su malestar, que está mediatizada por la información médica o psicológica que dispone, su capacidad para entenderla adecuadamente, el haber sufrido experiencias previas iguales o semejantes, el imaginario socio-cultural en el que vive, etc.

Motivo de consulta latente

La diferencia fundamental entre los conceptos "motivo de consulta manifiesto" y "motivo de consulta latente" es que el segundo hace referencia a la percepción subjetiva del motivo de consulta (Martínez Farrero, 2006).

Este marco teórico ha presentado los conceptos fundamentales que respaldan la investigación, abordados desde diversas perspectivas, tanto globales como locales, para entender su impacto en el triaje de admisión realizado por Enfermería. Con esta base, la investigación se apoyará en un enfoque cuantitativo para explorar las relaciones entre estos factores, a través de instrumentos aplicados a dos poblaciones clave: usuarios del servicio y enfermeros responsables del triaje.

VI Metodología para la Construcción de Evidencias para la Gestión

6.1 Material y métodos/ tipo de estudio y diseño

El abordaje que se utilizará en la investigación será cuantitativo. El tipo de estudio observacional con alcance descriptivo, transversal y prospectivo; No experimental.

6.2 Sitio o Contexto de la Investigación

La ciudad de Rosario está ubicada en la zona sur de la provincia de Santa Fe, República Argentina.

Se encuentra en una posición geoestratégica en relación al Mercosur, en el extremo sur del continente americano. Es cabecera del Departamento homónimo, es el centro del Área Metropolitana Rosario y se sitúa a 300 km de la ciudad de Buenos Aires.

Límites

Este: el río Paraná.

Norte: las localidades de Granadero Baigorria e Ibarlucea.

Oeste: las localidades de Funes y Pérez.

Sur: las localidades de Soldini, Piñeiro y Villa Gobernador Gálvez.

Los arroyos Ludueña al Norte y Saladillo al Sur cruzan el municipio de Oeste a Este y en algunos tramos también le sirven de límite.

A su vez la ciudad se divide en distritos descentralizados:

Distrito Norte; distrito Noroeste; distrito Centro, Distrito Oeste, Distrito Sur y Distrito Sureste (Municipalidad de Rosario, 2024).

El sitio de la ciudad de Rosario donde se realizará la investigación será un policlínico, localizado en el distrito noroeste. En el cual conviven dos instituciones un centro de salud y una guardia, como se mencionó anteriormente, solo se llevará a cabo en el servicio de guardia.

Descripción del Servicio

Ingreso por el frente con escaleras y rampas, también cuenta con un área lateral con ingreso de ambulancias y urgencias a través de otra rampa.

Área de admisión con una sala de espera con 20 asientos, cuenta con una computadora para el ingreso de los usuarios al Sistema Integrado De Salud (SIS), dicha admisión y triaje es realizada por personal de Enfermería.

Detrás de estos, se encuentra un guardia de seguridad y un personal policial las 24 horas (HS) del día. Por el lateral izquierdo se encuentra la rampa de ingresos de urgencias y ambulancias, a través de la cual se accede al Shock Room equipado con las tecnologías necesarias para estabilizar al paciente en situación de urgencia de vida. Contiguo hay un salón de usos múltiples para uso del personal con sillas, mesas televisor, heladera y elementos de cocina.

Siguiendo el recorrido interno, hay un área de internación transitoria con paneles de oxigenoterapia, aire comprimido y aspirativo en la cabecera de cada cama, una cortina roll para cada unidad, equipado con cinco camas de internación transitoria con baño, adyacente a este se encuentra un office de Enfermería, con elementos necesario para brindar cuidados a los pacientes como así también las viandas diarias que se guardan en una heladera en el mismo lugar, un sector en el cual se encuentra las historias clínicas y registros Médicos y de Enfermería. Existe también una habitación de aislamiento general cuenta con baño personal y panel de oxígeno, aspiración y aire comprimido. Cuenta además con cuatro consultorios externos Médicos y otra sala de espera, un consultorio de Enfermería, un consultorio de Triage. Dos vestuarios con dos baños y una habitación para el personal.

Esta institución de salud funciona las 24 hs del día, los 365 días del año. Con respecto al personal son, por guardia, 10 trabajadores. El personal en 24 hs está integrado por:

- 3 Médicos de Adultos.
- 1 o 2 Médicos Pediatras.
- 3 Enfermeros.
- 1 Técnico en Rayos X.
- Equipo de Salud mental (1 psiquiatra, 1 trabajador social y 1 psicólogo) Solo se encuentran en la institución de lunes a viernes de 8 a 16 hs.

- 1 o 2 personas que se dedican a las tareas de limpieza.
- 1 personal de Seguridad.
- 1 o 2 personal Policial.

En cuanto a los modos de trabajo del personal médico y enfermero hay pocos que realizan guardias de 24 hs y la mayoría realiza guardias de 12 hs diarias. Aplicando como primer control de validez interna del estudio se realizará una guía de convalidación de sitio (ver anexo 10.1) para comprobar que se encuentran presentes las variables que se quieren medir en dicho estudio y la población de estudio teniendo en cuenta los criterios de inclusión/exclusión de la misma. Se solicitará autorización a los jefes del servicio y la DCS.

6.3 Población y Muestra

Población en estudio

Los usuarios que acudirán de manera espontánea a la guardia de APS y que requerirán ser triajeados por el personal de Enfermería. Es decir, todos aquellos individuos que llegarán a la guardia y necesitarán ser admitidos, evaluados y clasificados en función de la gravedad de su condición médica o motivo de consulta.

Como criterio de inclusión de la población en estudio se tomará; usuarios que concurren a la guardia radicados en la ciudad de Rosario, y como criterio de exclusión se descartarán a los usuarios que no deseen participar del estudio, los familiares o acompañantes, urgencias, menores de edad y sus respectivos padres, usuarios que residan fuera de la ciudad de Rosario y personas con interconsultas con especialistas o que requieran solo prestación de Enfermería. Al ser fluctuante el número, se realizará la aplicación de los instrumentos en 1 solo día, será un día miércoles ya que se encuentra en la mitad de la semana. No se consideró necesario realizar un muestreo, teniendo en cuenta un número aproximado de 120 consultas en 24 hs (dentro de los criterios de inclusión/exclusión), la población que concurrirá al servicio es manejable y se tendrá acceso a los registros necesarios para realizar el estudio (previa

autorización). Esto permitirá obtener una visión completa y representativa de la situación en el servicio de guardia.

Se tomará también una segunda población, que será el equipo de Enfermería del Servicio, 14 profesionales. Los criterios de inclusión serán los enfermeros del staff permanente del servicio que realicen triaje. Por otro lado, se excluirán los enfermeros que solo realicen coberturas esporádicas del servicio y quienes no deseen participar de la investigación.

6.4 Variables / Indicadores

Variables seleccionadas para la siguiente investigación

-Eficacia en el triaje de admisión: (cuantitativa, continua, simple, dependiente)
Esta variable se medirá a través del tiempo de espera del usuario desde el ingreso a la institución y su respectiva admisión. Se medirá en minutos de espera, además se realizará una escala de Likert para medir la satisfacción del tiempo de espera.

-Eficiencia en el triaje de admisión (cuantitativa, discreta, compleja, dependiente) Se relacionará con la capacidad del proceso de triaje, de acuerdo a las necesidades de salud de la población, a través de: número de usuarios ingresados a la planilla medica por hora, el promedio de consultas diarias y el porcentaje de ausentismo.

-Pautas de realización del triaje: (cualitativa, discreta, compleja, dependiente)
Esta variable se refiere a la priorización de los usuarios que realizará el personal de Enfermería según: signos y síntomas, naturaleza del padecimiento, prioridad de admisión, enfermedades preexistentes o comorbilidades asociadas.

-Motivos de consulta: (cualitativa, discreta, compleja, independiente) Son las razones por las cuales las personas acudirán a la guardia de APS. Estos motivos solo se mencionarán y se preguntara si anteriormente ha concurrido por el mismo motivo.

Para una mayor comprensión de las variables en estudio, sus conceptos, dimensiones e indicadores se realizó un cuadro con la operacionalización de las variables (ver anexo 10.2).

6.5 Técnica e Instrumento de Recolección de Datos

-**Para medir eficacia en el triaje de admisión**, se emplearán dos instrumentos: Un cuestionario estructurado y una escala de Likert. El cuestionario consistirá en preguntas específicas diseñadas para recopilar información sobre la percepción del tiempo de espera durante el proceso de admisión. Los participantes tendrán la opción de seleccionar las respuestas que mejor reflejen su experiencia. Por otro lado, la escala de Likert se utilizará para evaluar la intensidad del tiempo de espera, permitiendo a los usuarios clasificarlo en una escala de 1 a 4, donde 1 representa un tiempo prolongado (más de 30 minutos) y 4 indica un tiempo breve (menos de 5 minutos). Ambos instrumentos se entregarán a los usuarios después de completar el proceso de admisión en el servicio.

-**Para medir la eficiencia en el triaje de admisión** se implementará un formulario de registro que incluirá los siguientes campos: fecha, horario de inicio y finalización del turno, número de personas ingresados por hora, número total de consultas realizadas durante el turno y número total de ausentes. Este formulario será completado por el Enfermero responsable de la admisión durante su jornada laboral, la cual comprende un período de 12 horas.

-**Para medir las pautas de realización de triaje** se utilizará una entrevista estructurada, dirigidas a todos los enfermeros encargados de hacer la admisión con 3 preguntas, una de respuesta para tildar y otras 2 preguntas para tildar de respuesta dicotómica, este instrumento permitirá recopilar datos mediante conversaciones dirigidas con los participantes. La entrevista con preguntas cerradas a personal de Enfermería encargado de hacer el triaje es una forma apropiada de obtener información detallada sobre las pautas de realización y permitirá comprender como se lleva a cabo el proceso en la práctica.

-**Para medir los motivos de consulta más frecuentes**, se empleará un cuestionario que constará de opciones predefinidas que los usuarios marcarán

con una tilde. Esta metodología permitirá identificar de manera precisa y detallada los motivos que llevan a los usuarios a buscar atención en el servicio de guardia.

Las fuentes de las cuales se tomará la información serán primaria, ya que se obtendrán con el contacto directo con el sujeto. Todos los cuestionarios y formularios serán confeccionados por la investigadora, y contarán con instrucciones para su realización (serán anónimos). Se comunicará claramente al personal del servicio sobre la aplicación del instrumento y el objetivo de la investigación. Lo cual ayudará, garantizará la cooperación y facilitará la logística durante la recolección de datos.

En la investigación se considerará apropiado recolectar datos tanto de los usuarios como del personal de Enfermería. Ya que cada grupo tiene perspectivas y experiencias únicas que influirán en los resultados del estudio.

Como control de validez interna del estudio se realizará una prueba piloto (Ver anexo 10.3).

Instrumentos de recolección de datos

Se aplicarán en la sala de espera, que se encuentra localizada en un pasillo frente a los consultorios médicos, luego de que el usuario haya sido admitidos y triajeados para su atención, se les entregará el cuestionario para su realización.

Por otro lado, el instrumento que estará dirigido al personal de Enfermería constará de una hoja de registros y la realización de una entrevista personal con 3 preguntas cerradas para conocer cuáles son las características del proceso de triaje de admisión, y como este se relaciona con la eficacia y eficiencia del servicio.

El horario en el cual se realizará la aplicación de los instrumentos a la población será un día miércoles a lo largo de 24 hs, será beneficioso para capturar patrones que no sean específicos de los días de inicio o fin de semana. Esto será solo para aplicar los instrumentos que medirán las variables: eficacia y motivo de consulta.

En el caso del instrumento de pautas de realización de triaje, la entrevista será acordada con los mismos en sus horarios de trabajo habitual, la investigadora concurrirá y les entregará personalmente el cuestionario para completar, en un consultorio el cual será suministrado en el momento (ver anexo 10.4).

Al tomar toda la población, no se correrá el riesgo de que se produzca un sesgo de selección, que podría ocurrir al seleccionar una muestra. Además, se tendrá la oportunidad de analizar todos los casos disponibles, lo que brindará una comprensión más exhaustiva de los patrones y tendencias en el proceso de admisión y triaje.

También se considerarán importantes los aspectos éticos y de confidencialidad al trabajar con los usuarios del servicio y con el personal, el cual se garantizará a través de un consentimiento informado, para cada una de las poblaciones en estudio, uno para cada participante (Anexo 10.5).

La validez externa de los resultados solo será generalizable a la población en estudio dadas las características de cada servicio de guardia de APS, en cuanto a ubicación geográfica, población en estudio y área de influencia.

Capacitación de personal

Se considerará a 1 estudiante de medicina y a 1 personal de seguridad como personal para proveer a los usuarios del cuestionario y poder resolver alguna duda de los mismos. Previa aplicación de los instrumentos de recolección de datos, se realizará una capacitación de dos días para los encuestadores. Durante la capacitación, los participantes recibirán formación en la interpretación de cada pregunta del cuestionario, con el objetivo de asegurar la correcta recolección de datos. Esta preparación será fundamental para garantizar que los encuestadores comprendan plenamente el propósito y contenido de las preguntas, así como los procedimientos para la administración del cuestionario. Cabe destacar que la investigadora principal estará disponible en la institución para supervisar y atender cualquier situación que pueda requerir su intervención.

Administración del cuestionario

Se dividirán en 3 turnos de 8 hs comenzando el día miércoles a las 00 hs a 08 hs, de 08 a 16 hs y por último de 16 a 00 hs respectivamente. El cuestionario destinado a los usuarios se entregará una vez que estos sean admisionados en la institución. El personal encargado de esta tarea estará ubicado en un escritorio, en el pasillo entre la sala de admisión y la sala de espera. Se les proporcionará el cuestionario y una birome para completarlo. Los cuestionarios completos deberán ser depositados en unas urnas que estarán disponibles en los consultorios, al momento que ingresen a la consulta.

6.6 Resultados y Análisis

Plan de análisis

Lo primero que se realizará luego de la recolección de datos, es el agrupamiento por cada una de las variables: eficacia en triaje, eficiencia en triaje, motivos de consulta más frecuentes y pautas de realización de triaje, la tabulación de los datos, la presentación y el análisis de la información se realizará mediante el programa estadístico EpiInfo.

Epi Info™ es un paquete de software de dominio público, diseñado para la comunidad global de profesionales e investigadores dedicados a la salud pública. Permite la fácil elaboración de cuestionarios y bases de datos, ingreso y análisis de datos con estadísticas, gráficos y mapas epidemiológicos (Office of Public Health data, 2021).

+ *La variable eficacia en el triaje* se medirá con una escala de medición ordinal, la cual ordena las categorías y se codificarán las respuestas de la siguiente manera:

-Menos de 5 minutos con el número 1, menos de 10 minutos número 2, menos de 15 minutos número 3, entre 15 y 30 minutos con el 4 y más de 30 minutos con el número 5.

-La satisfacción del tiempo de espera se realizará con una escala de Likert y se codificará: del 1 muy insatisfecho, 2 insatisfecho, 3 satisfecho y 4 muy satisfecho.

+*Para la variable motivo de consulta*, se utilizará una escala de medición nominal, ya que identifica diferentes categorías sin establecer un orden específico entre ellas. Se codificarán la respuesta de la siguiente manera: 1 dolor, 2 fiebre, 3 trastornos gastrointestinales (diarrea, vómitos, estreñimiento), 4 trastornos respiratorios (tos, dificultad para respirar), 5 traumatismos y 6 crisis subjetiva y 7 otros (especificar).

-Con respecto a la pregunta si ha visitado la guardia anteriormente por el mismo motivo, se codificará con 1 SI, y con 2 NO.

+*Para medir la variable eficiencia en el Triage de admisión*, se utilizará una escala de medición de razón, ya que se compararán cantidades numéricas y se calcularán relaciones matemáticas. Al registrar el número de usuarios ingresados por hora, el número total de consultas diarias, y el ausentismo se realizarán los promedios. En esta escala el valor cero representa la ausencia de la característica medida.

Se codificará, el formulario de registro de la siguiente manera: Hora de inicio de turno y hora de finalización de turno se clasificará 1 el primer turno (7 a 19hs) y 2 segundo turno (19 a 07 hs); número de usuarios ingresados por hora: se ingresará el número para cada intervalo horario, número total de consultas realizadas ese día y el número total de ausentismo en las planillas médicas.

+ *Para medir la variable pautas de realización de triaje* se utilizará una escala de medición ordinal, y se codificará de la siguiente manera, para la consigna: al realizar el proceso de triaje ¿ qué criterios considera para priorizar a los pacientes?, la respuesta signos y síntomas (dolor, fiebre, otros) se codificara con el numero 1; naturaleza del padecimiento (grave/ moderado/ leve) con el número 2; prioridad de admisión (urgente/no urgente) con el numero 3 y por ultimo presencia de enfermedades preexistentes o comorbilidades asociadas con el número 4.

-Para la pregunta ¿Existe en la institución algún protocolo o tipo de clasificación de triaje de Admisión? Se codificará con 1 la respuesta sí. Con 2 la respuesta no.

-Para la pregunta. ¿Considera necesario la capacitación del personal que realiza admisión? Se codificará con 1 la respuesta sí. Con 2 la respuesta no.

El tipo de análisis que se aplicará será la estadística descriptiva. Para las variables, eficacia en el triaje, eficiencia en el triaje, motivo de consulta y pautas de realización de triaje se efectuará un análisis univariado mediante el empleo de la medida de frecuencia: porcentaje, y las medidas de tendencia central se representarán a través de histogramas, gráficos de barra simple y adosada y graficas circulares y dispersión: media y desviación estándar.

6.7 Cronograma / plan de trabajo

Actividades	Tiempo	Recursos
Recolección de datos	Segundo semestre del 2024	Dinero para traslado, Cuestionarios impresos, biromes, disponibilidad de consultorio.
Análisis de los datos	Enero – Febrero 2025	Cuestionarios completos.
Tabulación de los datos	Marzo 2025	Computadora, internet, programa para analizar.
Presentación de resultados	Abril 2025	Hojas impresas
Conclusiones	Primera quincena de mayo 2025	Hojas impresas.
Elaboración Informe Final	Segunda quincena mayo - junio 2025	Computadora, internet, hojas para impresión.
Divulgación	A partir de julio 2025	Dinero para poder publicar la investigación

6.8 Estimación de recursos / Presupuesto

Costos directos	Personal. Equipamiento. Tecnologías y recolección de datos.
Costos indirectos	Administración e infraestructuras (lugar donde se realizará la investigación).
Fijo	Administración, infraestructura y reserva por posibles contingencias.
Variable	Materiales de oficina. Software para análisis de datos. Recolección de datos.

VII Consideraciones Éticas

Para la realización de este estudio se tendrán las consideraciones éticas pertinentes, siempre respetando los tres principios éticos universales, establecidos por la bioética, los cuales son:

Beneficencia: Sobre todo “NO DAÑAR”. Los sujetos que formarán parte de la población en estudio no deberán estar expuestos a daños físicos ni psicológicos. Los beneficios deberán superar los efectos indeseados o adversos, se deberá asegurar la confidencialidad.

Autonomía/Respeto por la dignidad humana: Derecho a la autodeterminación y a la información completa, se contará con el CONSENTIMIENTO INFORMADO (ver anexo 10.5), libre de coerción. Reconoce la capacidad y los derechos de tomar sus propias decisiones, reconoce la dignidad y libertad.

Justicia: Incluye el derecho del sujeto a un trato justo y preservar su intimidad. Distribución por igual de los riesgos y beneficios de la participación en el estudio de la investigación. El reclutamiento y la selección de los participantes deberá hacerse de manera equitativa. Prohíbe poner en riesgo a un grupo de personas para beneficiar únicamente a otro. Respeto a la confidencialidad de los datos (Simonetti, 2018).

VIII Discusión y Conclusiones. Aportes para la Gestión de Sistemas y Servicios de Salud

Discusión

Este proyecto de investigación ha explorado los elementos claves que influyen en la eficacia y eficiencia del triaje de admisión realizado por Enfermería en los servicios de salud. La revisión de la literatura ha señalado que “la aplicación de protocolos estructurados en el triaje mejora la asignación de prioridades y reduce los errores en la categorización de pacientes, lo que contribuye a una mayor eficiencia en la atención de emergencias” (Sánchez-Bermejo, 2021). Además, “un conocimiento adecuado sobre el triaje de admisión por parte del personal de Enfermería se ha asociado con una reducción en los tiempos de espera y la descongestión de los servicios hospitalarios” (Vázquez-Hernández, 2022). Por otro lado, “en el estudio del rol de Enfermería en el manejo de emergencias, la investigación reveló que los enfermeros deben poseer habilidades sólidas de evaluación, comunicación y toma de decisiones, funciones esenciales para la gestión eficiente de los recursos” (Ponce Rivera, 2024).

Los estudios revisados, como los de Sánchez-Bermejo (2021) y Vázquez-Hernández (2022), coinciden en que la implementación de protocolos estructurados mejora la eficiencia en la atención de emergencias. Estos hallazgos sugieren que el triaje de admisión, si se realiza de manera estandarizada, podría reducir los errores de categorización y optimizar la asignación de prioridades, como se menciona en la literatura consultada.

Implementar protocolos estandarizados de triaje en los servicios de salud contribuiría a una mejor organización interna, optimizando los tiempos de respuesta y los recursos disponibles. Además, se espera que la capacitación continua en triaje potencie las habilidades clínicas del personal, mejorando la toma de decisiones y la equidad en el proceso de admisión.

Investigaciones futuras podrían centrarse en medir los efectos en diferentes contextos, como públicos y privados.

Aunque este estudio proporciona un marco teórico valioso para el triaje de admisión de Enfermería, sería fundamental realizar estudios que incluyan hospitales de diversas regiones para obtener una visión más amplia y aplicable a diferentes contextos.

Este estudio resalta la importancia de un proceso de triaje de admisión estructurado y estandarizado, que puede mejorar la eficiencia y eficacia en la admisión de Enfermería. Si bien la implementación teórica presenta resultados prometedores, la aplicación práctica sigue siendo un área clave que debe ser explorada. Investigaciones futuras deben centrarse en cómo adaptar estos protocolos a las realidades locales.

Conclusión

Dado que este proyecto tiene un carácter teórico, los objetivos planteados buscan establecer metas claras para analizar la eficacia y eficiencia del triaje de admisión de Enfermería según, motivo de consulta en una guardia de APS. Los objetivos específicos de este estudio permitirían medir la eficacia en tiempos de espera y evaluar la eficiencia en el número de consultas diarias y el porcentaje de ausentismo, lo cual podría llevar a establecer metas precisas para mejorar el proceso de triaje. La descripción detallada de cómo se realiza el triaje por parte de Enfermería contribuiría a la unificación de criterios, lo que reduciría la variabilidad en la toma de decisiones y garantizaría un proceso de admisión más equitativo. Además, al identificar los motivos más frecuentes de consulta en el servicio de guardia, se obtendría una mejor comprensión de las necesidades de la población atendida, lo que facilitaría la planificación de estrategias para optimizar la resolución de los casos.

La contribución de este estudio radicaría en ampliar el conocimiento sobre las implicancias prácticas del proceso de admisión y su impacto en la práctica de Enfermería, considerando a este colectivo profesional como un actor clave en su implementación. Se espera que los hallazgos generados sirvan como base para futuras investigaciones que evalúen la efectividad del triaje en diversos

contextos hospitalarios y permitan el diseño de estrategias de mejora adaptadas a las necesidades específicas de cada institución.

Se presume que el impacto social de este estudio sería positivo, dado que el sistema de triaje de admisión realizado por Enfermería fortalecería el rol de esta profesión, promoviendo su aplicabilidad en otros servicios de salud. Además, contribuiría al empoderamiento de los enfermeros al otorgarles un papel más activo en la toma de decisiones clínicas, lo cual redundaría en un mayor reconocimiento profesional y en una mejora en la calidad de la atención brindada.

Para futuras investigaciones, se recomienda el desarrollo de estudios que analicen la aplicación del triaje de Enfermería en guardias de hospitales públicos y privados, evaluando su impacto en la gestión de los servicios de salud y en la satisfacción de los usuarios. Además, sería pertinente explorar cómo la capacitación continua del personal de Enfermería influye en la efectividad del triaje y en la toma de decisiones en entornos de alta demanda.

En conclusión, el triaje de admisión de Enfermería podría representar una estrategia para optimizar los tiempos de atención y la distribución de recursos, y tiene el potencial de transformar la organización de los servicios de salud. Su adecuada implementación, respaldada por la capacitación del personal y el uso de tecnologías innovadoras, podría contribuir significativamente a la mejora de la gestión hospitalaria y la calidad asistencial en el ámbito público y privado. Por lo tanto, sería fundamental que futuras investigaciones exploren y promuevan su integración en los sistemas de salud para mejorar la atención al paciente y la eficiencia en los servicios médicos.

IX Bibliografía

- Amarilla, D. I., Puzzolo, J., Colautti, M., Pellegrini, N., & Rovere, M. (2020). Percepción de los usuarios sobre la continuidad asistencial entre niveles de atención en la red de servicios de salud municipal de la ciudad de Rosario. *Revista De Salud Pública*, 24(1), 19-32. <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v24.n1.23601>
- Andrade, M. (agosto, 2014). Definición de Guardia. Significado.com. Desde <https://significado.com/guardia/>
- Aranguren, E, Capel ja, Solano M, Jean Louis C, Larumbe JC, Elejalde JI. Estudio de la validez pronostica de la recepción, acogida y clasificación de pacientes en el área de urgencias en un hospital terciario. *An sist sanit navar* 2005; 28: 177-188
- Arce Hugo 2012. Organización y financiamiento del Sistema de Salud en la Argentina. Departamento de Salud Pública, Instituto Universitario de Ciencias de la Salud, Fundación Barceló, Buenos Aires págs. 414 y 415
- Báscolo, Ernesto, & Yavich, Natalia. (2010). Gobernanza del desarrollo de la APS en Rosario, Argentina. *Revista de Salud Pública*, 12(Suppl. 1), 89-104. Retrieved May 28, 2024, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000700007&lng=en&tlng=es.
- Báscolo, E., Cid, C., & Morales, C. (2016). La eficiencia en la agenda de la estrategia de acceso y cobertura universales en salud en las Américas. *salud pública de México*, 58(5), 496-503.
- Báscolo (2020) "Las FESP y los factores que conducen la transformación sectorial hacia la salud universal". Disponible en:
- Berra, S., Audisio, Y., Mántaras, J., Nicora, V., Mamondi, V., & Starfield, B. (2011). Adaptación cultural y al sistema de salud argentino del conjunto de instrumentos para la evaluación de la atención primaria de la salud. *Revista Argentina De Salud Pública*, 2(8), 6-14. Recuperado a partir de <https://rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/380>

- Betancur, M. A. L., Duque, L. E. P., Pulido, C. F., & González, D. (2022). Triage hospitalario para las enfermeras: Entre la incertidumbre, la sobrecarga y los desacuerdos. *Cultura del cuidado*, 19(1), 30-45.
- Campagnaro, L. N. E. (2023). Triage: La experiencia del Enfermero en la sala de Urgencias. *Ludovica Pediátrica*, 26, 54.
- Calidad de la atención. Recuperado el 25 de enero de 2024 de <https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care>
- Constitución de la nación argentina, 1994. Ley 24.430. Disponible en formato digital en <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/804/norma.htm> Recuperado el 24 de enero de 2024
- Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948. Infoleg. gov.ar. Recuperado el 24 de enero de 2024, de http://www.infoleg.gob.ar/?page_id=1003
- Derechos Humanos y Derecho a la Salud. FCM; Facultad de Ciencias Médicas - UNR. <https://fcm.unr.edu.ar/derechos-humanos-y-derecho-a-la-salud/>
- Donavedian, Avedis, 1990. Los siete pilares de la calidad. Disponible en formato digital en: (N.d.). Fadq.org. Recuperada enero 24, 2024, de https://www.fadq.org/wp-content/uploads/2019/09/Siete_Pilares_Calidad.pdf
- Dra. Graciela Simonetti, Dra. Nancy Martínez Salomón. Universidad Nacional de Rosario. Investigación en Enfermería. Cuaderno de cátedra. Año 2018. Ética e Investigación. Pág. 35-39.
- Dr. Gilberto Ríos Ferreira. APS mapeo y análisis de los modelos de Atención Primaria en salud en los países de América del Sur. Documento Autoral de APS en los países de Suramérica Rio de Janeiro junio 2014
- Echegoyemberry, Natalia. Gabriela Castiglia. Junio 2017 pág. 1y 2. Sistema de Salud Argentino desde el Enfoque de los Derechos Humanos.
- Ferrandini, Débora 2003. TRABAJAR EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD. Boletín Capacita salud. Investiga más 2017.

- Gobierno de Santa Fe. Salud Publica, conceptos Básicos y Generales 2015. Junta de Escalafonamiento. Ministerio de Salud- Santa Fe. Decreto 522/13. Para aspirantes a puestos de ingreso al escalafón de suplencias e ingreso. Resolución 1932/15. Disponible en pdf formato digital en:
<https://www.santafe.gob.ar/index.php/web/content/download/228703/1197588/>
- Gómez, J. clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. *Emergencias* 2003;15: 165-147
- Gómez J. urgencia, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado. *Emergencias* 2006; 18: 156-164.
- Introducción Estructura y contenido Anamnesis o enfermedad actual Exploración física. Campuspanamericana.com. Recuperado el 24 de enero de 2024, de [https://aula.campuspanamericana.com/_Cursos/Curso01417/Temario/Curso_Iniciacion_Urgencias_Hosp/M1T2%20\(EUHR\).pdf](https://aula.campuspanamericana.com/_Cursos/Curso01417/Temario/Curso_Iniciacion_Urgencias_Hosp/M1T2%20(EUHR).pdf)
- Ley provincial número 12501. Regulación del Ejercicio de la Enfermería. Santa Fe, 19 de diciembre de 2005 disponible en formato digital en: https://cpesantafe.com.ar/wp-content/uploads/2019/05/LEY_12501.pdf
- Ley provincial número 13.956. Disponible en formato digital en - <https://www.santafe.gob.ar/boletinoficial/verPdf.php?seccion=2020/2020-02-03ley13956-2020.html>
- Ley nacional número 26.529. Publicada en el Boletín Oficial del 20-nov-2009 Número: 31785 Página: 1 (Infoleg: <http://www.infoleg.gob.ar>)
- Martínez Farrero, P. (2006). Del motivo de consulta a la demanda en psicología. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 26 (1), 53-69. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352006000100004
- Naranjo Hernández, Ydalsys, Concepción Pacheco, José Alejandro, & Rodríguez Larreynaga, Miriam. (2017). La teoría Déficit de autocuidado:

Dorothea Elizabeth Orem. Gaceta Médica Espirituana, 19(3), 89-100. Recuperado en 29 de mayo de 2024, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009&lng=es&tlng=es.

-Office of Public Health data, 2021. Disponible en formato digital en: https://www.cdc.gov/epiinfo/support/esp/es_downloads.html

-Olvera-Arreola, LES y Cadena-Estrada, EJC (2011). El triaje hospitalario. Índice- f.com. Obtenido el 18 de febrero de 2024 de <https://www.index-f.com/rmec/19pdf/19-119.pdf>

-Organización Panamericana de la Salud, 2023. Disponible en formato digital en: Paho.org. Recuperado el 24 de enero de 2024 de <https://www.paho.org/es/temas/enfermeria>

-Pineda Elia Beatriz, Eva Luz de Alvarado, Francisca H. De canales. Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. 2 da edición. Capítulo VI “Diseño Metodológico” pág. 162-166

-Ponce-Rivera, O. S., Díaz-Vásquez, S. M., Román-Huera, C. K., & Vinuesa-Martínez, C. N. (2024). El rol de la enfermería en el manejo de emergencias: desde el triaje hasta la atención integral. Journal of Economic and Social Science Research, 4(1), 57-76. <https://doi.org/10.55813/gaea/jessr/v4/n1/86>

-Red de atención en salud. Gobierno de Santa Fe, 2024. Disponible en formato digital en: <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/114560>.

-Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández Collado, Pilar Baptista Lucio. Metodología de la Investigación. 6 ta edición. Capítulo 7. Concepción o elección del diseño de investigación. Pág. 128

-Rosario Atención en Salud. datos.rosario.gob.ar red de salud 2024. Disponible en formato digital: <https://datos.rosario.gob.ar/salud/atenciones-y-practicas-en-efectores-municipales>

-Rosario. Características poblacionales 2024. Disponible en formato digital: <https://www.rosario.gob.ar/inicio/caracteristicas>

-Rubinstein, A, 1996. Sobre la Admisión. Uba.Ar. Recuperado el 24 de enero de 2024, de https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/146_acercamiento/material/rubistein_%20sobre_la_admision.pdf

-Sánchez-Bermejo Raúl, Angela Herrero-Valea, Miguel Garvi-García (2021). Los sistemas de triaje de urgencias en el siglo XXI: Una visión internacional. Revista Española de Salud Pública. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/resp/2021.v95/perspectivas16/es>

-Soler, W., Gómez Muñoz, M., Bragulat, E., & Álvarez, A. (2010). El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 33(Supl. 1), 55-68. Recuperado en 18 de febrero de 2024, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200008&lng=es&tlng=es.

-Soster, CB, Anschau, F., Rodrigues, NH, Silva, LGA da y Klafke, A. (2022). Protocolos de triagem avanzado no serviço de emergencia: revisão sistemática e metanálise. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 30. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5479.3511>

-Sousa Campos Gastón, Santos Koerich, 2016. Manual de Enfermeros Junta de Escalafonamiento Ministerio de Salud – Santa Fe Decreto 522/13. Pág. 3-50.

-Subash F, Duna F, Mcnicholl B, Marlon J. Team triage improves emergency department efficiency. Emerg med J. 2004; 21: 542-544.

-Sullivan, R. triage: a subspeciality of emergency nursing. Emphasis nurs. 1989; 3:26-33

-Territorio Ciudad de Rosario, 2024. Disponible en formato digital en: Ciudad de Rosario.Gob.ar. Recuperado el 19 de febrero de 2024, de <https://datos.rosario.gob.ar/territorio/ciudad-de-rosario>

-Vazquez-Hernandez, Nallely et al. Enfermería: importancia del conocimiento sobre Triage en la atención hospitalaria en el área de urgencias. Revista Salud y Cuidado, [S.I.], v. 1, n. 3, p. 11-35, jun. 2022. ISSN 2954-4459. Disponible

en: <<https://revistasaludycuidado.uaemex.mx/article/view/19004>>.

- Que es el triaje. Diccionario médico. Clínica U. Navarra.<https://www.cun.es>.
Recuperado el 18 de febrero de 2024, de <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/triage>

X. Anexos

10.1 Guía de convalidación de sitio

1. ¿Los Enfermeros son los encargados de realizar triaje de admisión a los usuarios del servicio?
2. ¿Cómo influye la identificación precisa de signos y síntomas en la eficacia de la admisión por parte del personal de Enfermería en la guardia de APS?
3. ¿Cuál es la relación entre la eficiencia en el manejo del tiempo durante el proceso de admisión y la eficacia en la atención a usuarios según su motivo de consulta?
4. ¿En qué medida la recopilación eficiente de motivos de consulta por parte de Enfermería impacta en la calidad y rapidez del diagnóstico y tratamiento?
5. ¿Existen diferencias significativas en la eficacia y eficiencia de la admisión entre usuarios según su motivo de consulta?
6. ¿Cómo influyen la experiencia y formación del personal de Enfermería en la eficacia y eficiencia de la admisión?
7. ¿Cuáles son los criterios más relevantes utilizados por el personal de Enfermería durante la admisión y cómo afectan la toma de decisiones clínicas?
8. ¿En qué medida la carga de trabajo en la guardia de atención primaria y los recursos disponibles afectan la eficiencia en el proceso de admisión?

10.2 Operacionalización de las variables

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador
Eficacia en el triaje de admisión	Tiempo de espera del usuario/a desde el ingreso a la institución.		-5 minutos -10 minutos -15 minutos -Mas de 30 minutos
Eficiencia en el triaje de admisión	Número de pacientes ingresados a la planilla medica por hora, promedio de consultas diarias y porcentaje de ausentismo.	Número de pacientes ingresados por hora -Promedio de consultas diarias -Porcentaje diario de ausentismo.	-10 personas -20 personas -Mas de 30 personas -100 -200 -Mas de 250 -5 personas -10 personas -Mas de 20 personas
Pautas de realización de Triaje	Esta variable hace referencia a la priorización de pacientes según: signos y síntomas, naturaleza del padecimiento, prioridad de admisión y enfermedades preexistentes o	Según signos y síntomas Naturaleza del padecimiento	-Fiebre -dolor -Tos -Dificultad para respirar -Diarrea/vómitos. -Grave -Moderado Leve

	comorbilidades asociadas.	Prioridad de Admisión	-Urgente (riesgo de vida) -No urgente (puede esperar)
		Enfermedades preexistentes o comorbilidades asociadas	-Si -No
Motivos de consulta	Mencionar los motivos de consulta más frecuentes.		-Dolor -Fiebre -Traumatismos -Trastornos gastrointestinales -Trastornos respiratorios -Crisis subjetiva -otros

10.3 Resultados de la prueba piloto

La prueba piloto se realizará en un servicio de Guardia Medica de Segundo nivel de Complejidad, se seleccionarán 5 usuarios del servicio y se aplicarán los instrumentos destinados a ellos, en cuanto a la población de Enfermería se seleccionarán 3 Enfermeros que estén disponibles el mismo día que se aplicarán los instrumentos a los usuarios (previa autorización y consentimiento). Este control se realizará para identificar posibles problemas al momento de completar e interpretar los cuestionarios.

10.4 Instrumentos de recolección de datos

Instrumentos destinados a los usuarios:

Encuesta para medir la eficacia en el triage de admisión

-Marcar con una x la respuesta correcta

¿Cuánto tiempo esperó desde que llegó al servicio de salud hasta que fue atendido en el triage?

- Menos de 5 minutos
- Menos de 10 minutos
- Menos de 15 minutos
- Entre 15 y 30 minutos
- Más de 30 minutos

En una escala del 1 al 4, ¿qué tan satisfecho está con el tiempo de espera en el triage?

- 1 muy insatisfecho
- 2 Insatisfecho
- 3 Satisfecho
- 4 Muy satisfecho

Cuestionario para identificar los motivos de consulta

-Marcar con una x la respuesta correcta. En caso de ser otro, especificar cual.

¿Cuál es el motivo principal por el que ha venido a la guardia hoy?

Marcar opción correcta

- Dolor
- Fiebre
- Trastornos gastrointestinales (diarrea, vómitos, estreñimiento)
- Trastornos respiratorios (tos, dificultad para respirar)
- Traumatismo
- Crisis subjetiva
- Otro (especificar).....

¿Ha visitado la guardia anteriormente por el mismo motivo?

- Sí
- No

Instrumentos destinados al personal:

Eficiencia en el triage de admisión

Formulario de Registro de Eficiencia del Proceso de Triage

Fecha:

Hora de Inicio del Turno:

Hora de Finalización del Turno:

Número de Pacientes Ingresados por Hora:

07:00 - 08:00.....

08:00 - 09:00.....

09:00 - 10:00.....

10:00 - 11:00.....

11:00 - 12:00.....

12:00 - 13:00.....

13:00 - 14:00.....

14:00 - 15:00.....

15:00 - 16:00.....

16:00 - 17:00.....

17:00 - 18:00.....

18:00 - 19:00.....

Número Total de Consultas Realizadas Hoy:

Número total de ausentismo en las planillas de atención digitales:

.....

Entrevista para identificar las pautas de realización de triage

Marcar con una x la/las respuestas correctas.

1. Al realizar el proceso de triage, ¿qué criterios consideras para priorizar a los pacientes?

- Signos y síntomas: dolor /fiebre/ otros
- Naturaleza del padecimiento: grave/ moderado/ leve.
- Prioridad de admisión: urgente/ no urgente.
- Presencia de enfermedades preexistentes o comorbilidades asociadas.

2. ¿Existe en la institución algún protocolo o tipo de clasificación de triage de Admisión?

- SI
- NO

3. ¿Considera necesario la capacitación del personal que realiza admisión?

- SI
- NO

10.1 Modelo Consentimiento Informado

Consentimiento informado destinado para los usuarios del servicio de guardia

DOCUMENTACION DEL PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

A. Información para el participante

Título del estudio: “Eficacia y eficiencia del proceso de triaje de admisión de Enfermería en una guardia de Atención Primaria de la Salud (APS) de Rosario, en el segundo semestre del 2024”

Profesional responsable: Lic. Ibarra, María José.

Estamos invitando a participar en el estudio Eficacia y eficiencia del proceso de triaje de admisión de Enfermería en una guardia de Atención Primaria de la Salud (APS) de Rosario, en el segundo semestre del 2024 a realizarse en la Guardia del Policlínico Gral. San Martín, que tiene como objetivo Analizar la relación entre la eficacia y eficiencia en el proceso de triaje de admisión realizada por Enfermería según, motivo de consulta de los usuarios en una guardia de APS en la ciudad de Rosario en el segundo semestre del 2024 que puede ser beneficiosa para los usuarios que concurren al servicio de guardia y para el personal de Enfermería que realiza triaje de admisión en el servicio.

La participación en esta investigación puede ser beneficiosa para usted y se espera que los resultados que se obtengan con el estudio sean beneficiosos para las personas que concurren al servicio de guardia.

Su participación es voluntaria; usted tiene el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento si así lo decide, sin que se resienta la atención que se le brinda en el servicio de guardia.

Si usted tiene dudas acerca del estudio puede concurrir cualquier día a la guardia y contactar con la Lic. en Enfermería responsable del estudio para aclarar sus dudas; los datos de los profesionales a cargo figuran en la Hoja de firmas.

La información que se recabe es estrictamente confidencial y se aplicará para dar respuesta a los objetivos del trabajo. Toda su información personal está

protegida por la Ley Argentina de Protección de Datos N° 25326, Dirección de Protección de Datos Personales dependiente del Ministerio de Justicia de la Nación.

En consecuencia, la información que se elabore como resultado de la presente investigación será enunciada en un sentido general y no habrá ninguna referencia a cuestiones individuales o personales.

Los resultados que se logren podrán ser presentados en congresos y/o publicaciones y la identidad del paciente y de su familia no será revelada y su privacidad será preservada.

El proyecto se ajusta a los requisitos éticos, legales y jurídicos, establecidos en las normas bioéticas nacionales “Guía para Investigaciones en Salud Humana” (Resolución N° 1480/11, Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación) y “Régimen de buenas prácticas clínicas para estudios de farmacología clínica” (Disposición 6677/ 10), Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT).

DOCUMENTACION DEL PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

B. Hoja de firmas

Me explicaron y leí antes de firmar sobre la participación en este trabajo de investigación. Entendí que se trata de Eficacia y eficiencia del proceso de triage de admisión de Enfermería en una guardia de Atención Primaria de la Salud (APS) de Rosario, en el segundo semestre del 2024.

Sé que puedo decidir libremente mi participación en este estudio y que, aunque decida no participar más en algún momento, continuaré recibiendo la atención habitual.

La participación es voluntaria y entendí que toda información personal que se recolecte es confidencial, y que no se me identificará en ningún momento.

He leído y comprendido la información contenida en este formulario; he podido hacer todas las preguntas que creí necesarias. Acepto y doy mi consentimiento.

Se firman dos ejemplares iguales y se le entrega uno al firmante.¹

Firma del participante:

Lugar y Fecha.....

Aclaración.....

DNI N°.....

Firma de testigo

Lugar y Fecha.....

Aclaración.....

DNI N°.....

Profesional que participó del proceso de Consentimiento informado

Firma.....

Aclaración.....

Lugar y Fecha.....

Para preguntas o información usted puede tomar contacto con:

Nombre y apellido: Ibarra, María José

Lugar de contacto: Policlínico Gral. San Martín

Teléfono: 3413 639695

¹ Documento suministrado por el Comité de Ética de la Municipalidad de Rosario, adaptado para la investigación.

Consentimiento Informado destinado para el personal de Enfermería que realiza triage de admisión en el servicio de guardia

DOCUMENTACION DEL PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

A. Información para el participante Título del estudio: “Eficacia y eficiencia del proceso de triage de admisión de Enfermería en una guardia de Atención Primaria de la Salud (APS) de Rosario, en el segundo semestre del 2024”

Profesional responsable: Lic. Ibarra, María José.

Estamos invitando a participar en el estudio Eficacia y eficiencia del proceso de triage de admisión de Enfermería en una guardia de Atención Primaria de la Salud (APS) de Rosario, en el segundo semestre del 2024 a realizarse en la Guardia del Policlínico Gral. San Martín, que tiene como objetivo: Analizar la relación entre la eficacia y eficiencia en el proceso de triaje de admisión realizada por Enfermería según, motivo de consulta de los usuarios en una guardia de APS en la ciudad de Rosario en el segundo semestre del 2024, que puede ser beneficiosa para los usuarios que concurren al servicio de guardia y para el personal de Enfermería que realiza triage de admisión en el servicio.

La participación en esta investigación puede ser beneficiosa para usted y se espera que los resultados que se obtengan con el estudio sean beneficiosos para las personas que concurren al servicio de guardia.

Su participación es voluntaria; usted tiene el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento si así lo decide, sin que esto genere ningún perjuicio en su situación laboral en el servicio de guardia.

Si usted tiene dudas acerca del estudio o por los estudios realizados puede concurrir cualquier día a la guardia y contactar a la Lic. en Enfermería responsables del estudio para aclarar sus dudas; los datos de los profesionales a cargo figuran en la Hoja de firmas.

La información que se recabe es estrictamente confidencial y se aplicará para dar respuesta a los objetivos del trabajo. Toda su información personal está

protegida por la Ley Argentina de Protección de Datos N° 25326, Dirección de Protección de Datos Personales dependiente del Ministerio de Justicia de la Nación.

En consecuencia, la información que se elabore como resultado de la presente investigación será enunciada en un sentido general y no habrá ninguna referencia a cuestiones individuales o personales.

Los resultados que se logren podrán ser presentados en congresos y/o publicaciones y la identidad del enfermero del servicio no será revelada y su privacidad será preservada.

El proyecto se ajusta a los requisitos éticos, legales y jurídicos, establecidos en las normas bioéticas nacionales “Guía para Investigaciones en Salud Humana” (Resolución N° 1480/11, Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación) y “Régimen de buenas prácticas clínicas para estudios de farmacología clínica” (Disposición 6677/ 10), Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT).

DOCUMENTACION DEL PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

B. Hoja de firmas

Me explicaron y leí antes de firmar sobre la participación en este trabajo de investigación. Entendí que se trata de Eficacia y eficiencia del proceso de triage de admisión de Enfermería en una guardia de Atención Primaria de la Salud (APS) de Rosario, en el segundo semestre del 2024. Sé que puedo decidir libremente mi participación en este estudio y que, aunque decida no participar más en algún momento, sin que esto genere ningún perjuicio en su situación laboral en el servicio de guardia. La participación es voluntaria y entendí que toda información personal que se recolecte es confidencial, y que no se me identificará en ningún momento.

He leído y comprendido la información contenida en este formulario; he podido hacer todas las preguntas que creí necesarias. Acepto y doy mi consentimiento.

Se firman dos ejemplares iguales y se le entrega uno al firmante.²

Firma del participante:

Lugar y Fecha.....

Aclaración.....

DNI N°.....

Firma de testigo

Lugar y Fecha.....

Aclaración.....

DNI N°.....

Profesional que participó del proceso de Consentimiento informado

Firma.....

Aclaración.....

Lugar y Fecha.....

Para preguntas o información usted puede tomar contacto con:

Nombre y apellido: Ibarra, María José

Lugar de contacto: Policlínico Gral. San Martín

Teléfono: 3413 639695

2 Documento suministrado por el Comité de Ética de la Municipalidad de Rosario, adaptado para la investigación.

10.2 Aval Comité ética SSPMR



**COMITE DE ETICA EN INVESTIGACION
SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA
MUNICIPALIDAD DE ROSARIO, SANTA FE**

En Rosario, a los 4 días del mes de febrero de 2025, los miembros del Comité de Ética en Investigación de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario (Resolución n° 090834 del año 2016) se reúnen en la Secretaría de Salud Pública a efectos de expedirse respecto de las consideraciones éticas que plantea el proyecto denominado : “Eficacia y eficiencia del proceso de triage de admisión de Enfermería en una guardia de Atención Primaria de la Salud (APS) de Rosario, en el segundo semestre del 2024” siendo su IP Ibarra, María José.

VOTACION

Luego de discutidas las diversas consideraciones ético, científicos, metodológicos, sociales y operativos citado estudio, se somete a votación individual, logrando consenso entre los presentes ELLIFF Ma. INES, SOPRANZETTI, VIVIANA, JOSE BELLIZAN, INES AMATO, MIRIAM PINI, ELMIR KARINA y MOYANO CECILIA.

DICTAMEN

Por todo lo antedicho este Comité decide emitir un dictamen **aprobado** para ser ejecutado en el ámbito de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario.

MARIA INES ELLIFF
Presidente CEI/SSP