



MAESTRIA EN
ADMINISTRACION
DE
SERVICIOS DE
ENFERMERIA

GMD

Facultad Cs. Médicas
Biblioteca



TME 2546

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS**

**MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE
SERVICIOS DE ENFERMERÍA**

Valoración de la gestión de un área quirúrgica en relación a los
componentes de un modelo de gestión de calidad en una
maternidad pública de la ciudad de Rosario
durante marzo de 2019

Estudio de caso

Maestrando: Lic. Luís Antonio Mansilla.

Director: Dr. Horacio Bonavía.

Co- Director: Fernando Díaz Pacífico.

Rosario, 1 de agosto de 2023

"En todo mi trabajo he tratado de incorporar la convicción apasionante de que el mundo de las ideas y el mundo de la acción no están separados como algunos piensan, sino que son inseparables uno de otro. Las ideas, en particular, son las fuerzas verdaderas que le dan forma al mundo tangible."

Donabedian (1986).

Resumen

El área quirúrgica se define como el espacio en el que se agrupan las salas de cirugía con los equipamientos y características necesarios para que los equipos puedan llevar a cabo los procedimientos quirúrgicos. La gestión de este servicio basada en un modelo de calidad de atención genera la satisfacción de los usuarios y permite al equipo profesional cumplir los objetivos que los efectores se proponen. Con el objetivo de valorar la gestión de un área quirúrgica en relación a los componentes de un modelo de gestión de calidad en una maternidad pública de la ciudad de Rosario durante marzo de 2019, se ejecutó una investigación no experimental, cuantitativa de corte transversal, descriptiva y correlacional sobre una población de 22 enfermeros e instrumentadores pertenecientes al área de estudio y 58 usuarias que fueron intervenidas por cesárea. Las encuestas que se aplicaron a cada grupo revelaron un muy alto nivel de satisfacción de las usuarias que resaltaron el nivel de atención recibida. La información entregada por los profesionales mostró inconsistencias en la normatización del sector y aspectos a mejorar en el componente estructural y en los procesos.

Palabras clave: modelo de gestión de calidad - área quirúrgica - componentes de un modelo de gestión de calidad

Índice general

	Pág.
Resumen y palabras clave	3
Índice General	4
Introducción	5
Planteamiento del problema	7
Estado del arte	10
Objetivos e hipótesis	16
Marco conceptual o teórico	17
Material y métodos	36
Tipo de estudio o Diseño	36
Contexto de la investigación	40
Población y Muestra	40
Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	41
Aspectos éticos	43
Análisis y presentación de datos	44
Discusión	51
Conclusión, recomendaciones y propuesta de mejoras	53
Bibliografía	57
Anexos	62
Anexo I. Tabulación de datos estructura	62
Anexo II. Tabulación de datos proceso	65
Anexo III. CSQ-8	68
Anexo IV. Consentimiento informado	71
Anexo V. Manual de aplicación de la LVCS OMS 2009	73
Anexo VI. Autorización institucional	74

Introducción

El sistema de salud pública dependiente de la Secretaría de Salud de la ciudad de Rosario, según se expone en la página institucional bajo el título *Red de Salud*, se ha desarrollado con una estrategia de trabajo en red basada en un modelo de atención distintivo y con la misión de proveer servicios de salud equitativos y de calidad. Los usuarios de Rosario y zona de influencia consumen de manera continua los productos de los servicios de salud en los diferentes niveles de atención que constituyen la red. En este contexto de articulación de niveles, las personas acuden a alguno de los 50 centros de salud (CS) distribuidos estratégicamente en todo el municipio constituyéndose el Primer Nivel de Atención y primer contacto con la red. En caso de ser necesaria mayor complejidad de respuesta, los CS derivarán al usuario a otros efectores de la red que podrán cubrir el Segundo y Tercer Nivel de Atención utilizando un dispositivo escrito de referencia y contra referencia que mantiene el nexo comunicacional entre los distintos niveles. El estado municipal cuenta con tres hospitales de mediana complejidad (Hospital Dr. Roque Sáenz Peña, Hospital Intendente Gabriel Carrasco y Hospital Juan Bautista Alberdi; dos Hospitales de alta complejidad (Hospital de Niños Víctor J. Vilela y Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez, dos maternidades (Maternidad Martín y Hospital Roque Sáenz Peña), un Instituto de Rehabilitación (ILAR), un Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (CEMAR); un espacio de referencia para el abordaje integral de consumo de alcohol y sustancias psicoactivas (La Estación), un Sistema Integrado de Emergencia Sanitaria (SIES), un laboratorio de producción pública de medicamentos (LEM), el Instituto del Alimento y el Instituto de Salud Animal (IMUSA) con sus 7 sedes. El interés de esta investigación se centra en la actividad quirúrgica de la Maternidad Martín de la ciudad de Rosario.

La citada Maternidad Martín fue creada el 8 de julio del año 1939 y fue radicada en un edificio con similares características que las del Hospital Saint Mary de la ciudad de New York. En 1996 recibió la declaración UNICEF como "*Hospital Amigo de la Madre y el Niño*" y es una moderna maternidad dotada de todos los adelantos de la ciencia y la tecnología con un modelo integrado:

"Maternidad Segura y Centrada en la Familia" (MSCF); radicada en el 5to y 6to piso del nuevo Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias Rosario (CEMAR) desde el año 2006. Como se ha explicado, las embarazadas controlan sus embarazos en los CS y cuando se requiere una intervención de apoyo recurren al Segundo Nivel de Atención dependiente de las maternidades municipales que contienen los Equipos de Apoyo Matricial (matricial referida a la red o matriz asistencial) con especialistas y recursos apropiados para complementar la acción de los CS. Finalmente, las maternidades disponen de los equipos profesionales y del equipamiento necesario para resolver el nacimiento y primeros cuidados de la madre y del niño (Municipalidad de Rosario, 2022).

La propuesta de la red municipal de la ciudad de Rosario de ofertar calidad de atención hace indispensable abordar la organización de los servicios -en este caso el quirúrgico- asumiendo una visión de gestión y no meramente administrativa, donde el ciudadano es el eje de la oferta con sus necesidades y demandas.

Muchos problemas de las áreas quirúrgicas se originan en una planificación y control deficientes de los diferentes procesos que se llevan a cabo. Al respecto, Àlvar & Suñol (2018) sostienen que disponer de procesos estandarizados facilita la medición del desempeño asistencial con indicadores que permiten la evaluación de las actividades de un servicio para su reevaluación, replanteamiento y reorganización de manera de crear procedimientos escritos que garanticen la calidad en la atención sanitaria. La importancia de definir la calidad de los servicios de salud con estándares debe incluir el uso eficiente de recursos, el máximo nivel de seguridad para la usuaria, y un alto grado de satisfacción de la misma.

Por esto, se ha planteado un estudio de investigación con el objetivo de valorar la gestión de un área quirúrgica en relación a los componentes de un modelo de gestión de calidad en una maternidad pública de la ciudad de Rosario durante marzo de 2019.

Esta investigación tuvo el propósito de proponer el inicio de una cultura de evaluación del modelo de gestión en una maternidad pública de la ciudad de Rosario de modo de identificar algunos problemas para introducir mejoras en el modelo de gestión del servicio.

Planteamiento del problema

Cuando la maternidad contexto de investigación se localizaba en su anterior edificio, la actividad quirúrgica se desarrollaba en una sala anexada al Sector de Partos. En el traslado al nuevo edificio -en 2006-, el Área Quirúrgica fue formalizada en el ala oeste del sexto piso y con estructura independiente: dos salas de cirugía, un depósito de material estéril, un office limpio, dos lavabos, un office de depósito y entrega del material, textil, residuos y dos vestuarios. Pero su dependencia organizativa continuó siendo del Servicio de Partos que incluye los sectores de Admisión, Preparto, Parto y Recuperación Neonatal. Se quiere expresar que, históricamente, el concepto del Área Quirúrgica de la Maternidad ha sido construido en relación de dependencia de la actividad del Área de Partos; y ha sido postergada en cuanto a las especificidades propias de su desarrollo técnico-científico. A partir de la nueva estructura se pudo avanzar en aspectos como la incorporación de cirugías neonatales pero el abordaje de gestión del Área Quirúrgica parece subordinado a los paradigmas de gestión de un área distinta.

Para dimensionar el desempeño de un efector del sistema de salud -o de un servicio en particular- es preciso relevar indicadores que aporten información específica. En 1966, Avedis Donabedian propuso un modelo de calidad de atención para los servicios de salud fundamentado en la medición de tres dimensiones: los indicadores de estructura que revelan el estado de los recursos e infraestructura, los indicadores de proceso que miden directa e indirectamente las actividades y los indicadores de resultado que miden el nivel de éxito alcanzado en la usuaria. Para Torres (2011) Donabedian introduce un importante paradigma de gestión respecto de la responsabilidad de la planificación y mejora de la calidad de servicios; de hecho, el mismo Donabedian (1984) completaría este concepto cuando el usuario se constituye en la autoridad última respecto de la atención que recibe, por lo tanto, su satisfacción en la medida del cumplimiento de sus valores y expectativas es un indicador fundamental.

Este concepto fue el disparador que movilizó al investigador del presente estudio, con su doble mirada como enfermero e instrumentador quirúrgico y su

formación específica como gestor, a plantearse la posibilidad de utilizar este modelo de gestión como referencia estándar para evaluar el modelo actual, de manera de buscar posibilidades de mejora desde un fundamento teórico dado. En este razonamiento, podría contarse con una gestión de planificación del área como una unidad independiente con fundamento en un modelo de calidad para construir un hábito institucional de evaluación de la estructura, los procesos y los resultados.

Ahora bien, la evaluación de los indicadores de estándar de estructura y de procesos es un dominio poco discutible del equipo quirúrgico como usuario permanente de instalaciones, equipamiento, insumos y como protagonista de los procesos de trabajo. Pero el estándar de resultados tiene su indicador fundamental en la medida de satisfacción del usuario; de manera que una estructura y proceso de dominio del equipo tienen un resultado de dominio de las usuarias.

De este modo, surge una pregunta inicial y planteamiento del problema ¿qué características tiene el actual modelo de gestión -tomando como estándar de valoración un modelo de gestión de calidad-? ¿Qué características tienen los componentes estructurales del área, como su planta física, su equipamiento y sus recursos materiales? ¿Con qué recurso humano cuenta? ¿Cómo están planteados los procesos de trabajo? ¿Qué nivel de satisfacción tienen las usuarias intervenidas en el sector?

Más allá de la motivación personal, puede justificarse este estudio según los criterios de Hernández Sampieri y otros (2014), como conveniente porque permite iniciar una línea de investigación institucional para evaluar la pertinencia y calidad de un servicio en base a un modelo de gestión; además, tiene relevancia y proyección social porque permite evaluar y mejorar la atención en un efector de la salud pública y ofrecer al equipo profesional la posibilidad de mejorar el contexto de sus prácticas. También, esta investigación tiene implicaciones prácticas porque los resultados pueden utilizarse para resolver problemas al aportar información específica. El valor teórico, como criterio de justificación, se encuentra en la presentación de un modelo que -además de ser referente para evaluar el modelo de gestión utilizado en el área- resulte la guía para la construcción de una gestión superadora e innovadora. La utilidad metodológica tiene su aporte en la utilización de instrumentos de

medición de estructura, proceso y satisfacción de usuarias que pueden configurar un modelo inicial para investigaciones futuras.

Respecto de la viabilidad, este estudio ha contado con el aval y seguimiento de la institución educativa que impulsa este trabajo de integración de saberes académicos y el aval de la institución asistencial que fue contexto de la investigación. La factibilidad se sostuvo en la disponibilidad de tiempo y recursos materiales y económicos que aportó el investigador durante el desarrollo de las actividades, y su compromiso de llevar hasta el final el proyecto inicial.

En cuanto a los alcances de este estudio, se pretendió determinar el componente estructural del área en cuanto a la oportunidad de su planta física, el equipamiento, los recursos materiales y los recursos humanos para conocer su situación y el lugar de importancia que se da a este componente en la gestión del área; otro tanto se buscó al establecer los componentes de proceso de las actividades y los resultados de esos procesos.

Finalmente, esta investigación tuvo el propósito de proponer el inicio de una cultura de evaluación del modelo de gestión en una maternidad pública de la ciudad de Rosario de modo de identificar algunos problemas para introducir mejoras en el modelo de gestión del servicio.

Estado del Arte

Se realizó una revisión de la literatura hallando que el problema de investigación abordado muestra una gran cantidad de producciones de tesis de grado de la Licenciatura de Enfermería, de Postgrado en Especialidades y Maestrías en Administración y Gestión de Servicios de Enfermería que no fueron incluidas, referidas o citadas en el presente estudio.

Respecto de la satisfacción del usuario en relación de la calidad de atención, se inicia la revisión de antecedentes con un abordaje en el primer nivel de atención realizado por Vázquez-Cruz et al. (2018) en Puebla -México-. Con un diseño descriptivo y transversal se propusieron determinar la satisfacción percibida por los usuarios en cuanto a la prestación de los servicios en una unidad de primer nivel de atención médica sobre una población de 395 pacientes mayores de 18 años, 260 (66%) femeninos, 135 (34%) masculinos, y con edad promedio de 42.80 años. La muestra se calculó sobre 98.000 pacientes, con el paquete estadístico SPSS v 20, un nivel de confianza del 95% y prevalencia de 0.50. Se utilizó el instrumento validado SERVPERF que evalúa la calidad percibida por la atención médica aplicado mediante una entrevista personal al paciente y se incluyeron las variables socio-demográficas edad, sexo, ocupación y estado civil. Los resultados revelaron que la satisfacción en la consulta con el médico familiar fue del 65%, con la atención por enfermería del 74% y con el personal no sanitario del 59%. Los autores consideraron que las unidades sanitarias con alta carga de trabajo que se caracterizan por la demanda de pronta resolución del problema de salud determinan la posibilidad que los profesionales queden superados en su capacidad de proceso pudiendo generar algunos tratos menos adecuados hacia el usuario; esta situación podría explicar los porcentajes de satisfacción alcanzados en las distintas dimensiones: elementos tangibles de la atención 82%, accesibilidad y organización del servicio 65%, y tiempo de espera para laboratorio, y consulta médica 49%. Se concluyó que, para mejorar el nivel de satisfacción de los pacientes, deben gestionarse medidas con foco en los procesos de interacción entre el equipo y los pacientes.

Aún en la esfera de gestionar calidad de atención en el primer nivel, un hallazgo interesante fue aportado por Paredes (2020) en un área rural de Cañaris -Perú- donde se propuso determinar la relación entre las variables de estudio calidad de atención y satisfacción del usuario externo y sus dimensiones respectivas. Fue un estudio no experimental descriptivo, transversal, y correlacional sobre un universo de 240 usuarios mayores de edad y de ambos sexos que acudieron a consulta externa durante los meses de mayo y junio del 2019, y de los que se obtuvo una muestra de 148 usuarios. Se utilizaron dos instrumentos de construcción propia validados con el coeficiente alfa de Cronbach cuyos valores resultaron para la calidad de atención de 0,989 y para la satisfacción de 0,996. Los resultados revelaron una relación positiva estadísticamente significativa entre las expectativas de satisfacción del usuario externo y la gestión de calidad de las dimensiones de fiabilidad, empatía y capacidad de respuesta, reflejada en la fidelización al servicio mostrada por los pacientes.

Respecto de la satisfacción del usuario y la calidad de atención en la atención hospitalaria, Febres-Ramos & Mercado-Rey (2020) realizaron un estudio en un servicio de medicina interna en Huancayo -Perú-. Se ejecutó un diseño observacional, descriptivo y de corte transversal con el objetivo de determinar la satisfacción de la calidad de los usuarios del Servicio de Medicina Interna de un hospital entre julio a noviembre del 2016. Sobre 10.726 usuarios se determinó una muestra calculada con una fórmula para población finita obteniéndose una muestra constituida por 292 pacientes a quienes se aplicó el cuestionario estandarizado SERVQUAL que incluyó dos secciones, la primera evaluó las expectativas del usuario y, la segunda encuesta, la percepción del servicio brindado. La expectativa del usuario respecto al servicio brindado se aplicó quince minutos antes de la atención de los pacientes por consultorio externo y se procedió a aplicar la segunda parte de la encuesta -que correspondía a la evaluación de la percepción del usuario del servicio recibido- una vez culminada la consulta. El 57% de la muestra resultó de sexo femenino, con rango de edades entre 36 a 45 años. Además, el 36% de los usuarios contaba con educación secundaria completa y el 63% fueron pacientes habituales. Los resultados mostraron una satisfacción global de 60,3% con valores porcentuales en las dimensiones seguridad y empatía del 86,8% y

80,3% de satisfacción respectivamente. Sin embargo, más de la mitad de los pacientes mostraron estar insatisfechos con los aspectos correspondientes a la capacidad de respuesta, la fiabilidad y demás aspectos tangibles del sistema de salud (equipos médicos, orientación y comodidad del usuario). El mayor nivel de insatisfacción la obtuvo la dimensión de aspectos tangibles con el 57,1% de usuarios insatisfechos, seguida de la dimensión de capacidad de respuesta de los servicios de salud con el 55,5% de insatisfacción. Los autores concluyeron que el estudio mostró la importancia que tiene para el usuario del sistema de salud la relación médico-paciente traducida en el buen trato, el interés por la patología del usuario, la administración de información clara, comprensible sobre tratamientos y/o procedimientos médicos, el respeto a la privacidad del paciente en el examen físico detallado, la respuesta a preguntas y la resolución de dudas e inquietudes transmitiendo seguridad. Sugieren que el sistema sanitario debe gestionar estrategias de mejora de los servicios de atención con el fin de proporcionar una atención oportuna y de calidad a los usuarios.

En una relación entre la satisfacción del usuario y los componentes de un modelo de gestión de la calidad, Tahua (2019) ejecutó un estudio en la ciudad de Huaraz -Perú- con el propósito de definir los lineamientos de un plan de mejora de la calidad de servicio de atención al usuario. Su objetivo fue analizar la calidad de los servicios de atención en sus dimensiones: estructura, proceso y resultados desde la perspectiva del usuario, e identificar los factores que condicionan esta calidad de servicios. El diseño fue no experimental, descriptivo y transversal con un abordaje mixto cuanti-cualitativo. Se utilizó la técnica de la encuesta con un instrumento aplicado por entrevista a una muestra de 212 usuarios de un universo de 528 pacientes que representan la carga quincenal de internación de la institución. Los usuarios calificaron la calidad del servicio de atención como regular en una escala con categorías de mala a muy buena, con una valoración neutra respecto de la ubicación, comodidad y seguridad del componente estructural. Los procesos, también fueron valorados como neutros respecto de la calidad en atención oportuna, competencia personal y cortesía; en tanto se valoró ineficiente la comunicación. En la dimensión resultados fueron percibidos como neutros en su impacto en la calidad los indicadores: de credibilidad, integralidad, continuidad, efectividad y

satisfacción. El bajo rendimiento en el componente estructural estuvo muy condicionado con la obsolescencia del equipamiento y el faltante de medicación; el alto tránsito en las instalaciones evidencia la falta de mantenimiento o una baja capacidad de respuesta para el mismo. El déficit relevado en el aspecto comunicacional fue expresado por los pacientes como una sensación de falta de empatía y comprensión de sus necesidades ocasionando malos entendidos que devienen en discusiones. En cuanto a los procesos, los pacientes relataron que no perciben el profesionalismo del personal médico y que algunos tratamientos son errados o innecesarios. Se concluyó que existen deficiencias en la calidad del servicio y se sugiere gestionar la actualización del equipamiento, la recuperación de las instalaciones y reforzar los procesos de comunicación con los usuarios.

Un antecedente a considerar surge en una investigación sobre la satisfacción de las embarazadas por el trato recibido durante el embarazo, parto y puerperio en un hospital público de Veracruz -México-. Blazquez Morales et al. (2018) realizaron un estudio observacional, descriptivo, prospectivo y transversal, donde se consideró el número total de partos eutócicos reportados anualmente (1855, con un promedio de 150 pacientes al mes) y se realizó un muestreo aleatorio simple quedando constituida la población por 114 usuarias sobre el total de mujeres que se encontraban hospitalizadas en el servicio de ginecología y obstetricia en puerperio inmediato por parto eutócico. Se utilizaron tres instrumentos de construcción propia que fueron validados, uno con indicadores de trato digno y dos cuestionarios de satisfacción. Los resultados arrojaron que el promedio de edad de las mujeres entrevistadas fue de 24 años y el 44.7% de las mujeres expresaron ser primíparas. La percepción de satisfacción de las usuarias fue buena pero el maltrato por parte del personal de enfermería fue una de las principales áreas referenciadas por las puérperas, aunque no resulta claro si este déficit, probadamente multifactorial, estaría vinculado con la suma de situaciones institucionales que quedan resumidas al mayor contacto entre enfermeros y pacientes -el 80.7% de las puérperas refirieron haber sido atendidas por enfermería durante el puerperio inmediato-. Las usuarias con menor nivel de escolaridad se sintieron más satisfechas y dicha satisfacción fue disminuyendo inversamente a medida que las mujeres expresaban mayor formación. Los

autores afirman que este tipo de estudios -aún con buenos resultados de satisfacción- se pueden enlazar en los fenómenos que se describen con el Paradigma/Teoría de la confirmación-desconfirmación que se basa en tres variables: las expectativas, el resultado obtenido y la desconfirmación de la expectativa como consecuencia de la experiencia del resultado. De esta forma, el paciente compara -al concluir la prestación del servicio- entre lo deseado antes de dar inicio a la experiencia y lo obtenido al final. Se habla de desconfirmación nula cuando el resultado final es superior a lo esperado, mientras que desconfirmación negativa ocurre cuando el resultado final es inferior a lo esperado. Entonces, un estudio como el que los autores presentaron podría considerarse con buenos resultados de satisfacción y expresarse que hubo una desconfirmación nula donde se cumple con las expectativas esperadas. Sin embargo, las mismas usuarias-sobre el mismo fenómeno- podrían cambiar de opinión al reflexionar posteriormente, una vez libres de la emoción del evento. Se concluye que, si bien los resultados mostraron satisfacción favorable, debe considerarse que existieron opiniones de insatisfacción respecto de la atención recibida, que deben registrarse para dar respuesta.

A partir de este recorrido de construcción, el estudio de la calidad de atención es un fenómeno actual que requiere de decisión e involucramiento institucional. Desde una perspectiva de gestión, la calidad se construye como resultado de un proceso fundamentado metodológicamente y consolidado como modelo operativo para la toma de decisiones a partir de la evaluación permanente de indicadores sensibles. El modelo Donabedian mide el componente estructural y los procesos involucrados desde la mirada de los operadores por un lado; y los resultados desde la mirada de los destinatarios por otro, de manera que triangulen el aporte de información sobre la problemática y que integren un proceso continuo de retroalimentación demanda-gestión de mejoras.

No obstante, el punto es trascender la aplicación de encuestas de satisfacción para compilar resultados sesgados y anecdóticos. El objetivo es visibilizar las voces aisladas que, aunque minoritarias, nos aporten información puntual de problemas detectados. Por ello, a partir de la cita del Paradigma de la confirmación-desconfirmación, no ha de ser el interés reposar sobre

acuerdos mayoritario de satisfacción, sino rescatar cada aspecto a corregir manifestado en las preguntas abiertas y valorar los componentes estructurales y funcionales que expresa la segunda voz involucrada: la del equipo quirúrgico.

Objetivo general

Valorar la gestión de un área quirúrgica en relación a los componentes de un modelo de gestión de calidad en una maternidad pública de la ciudad de Rosario durante marzo de 2019.

Objetivo específicos

- Determinar el componente estructural del modelo de gestión actual desde la perspectiva de instrumentadores y enfermeros.
- Establecer los componentes de proceso del modelo de gestión que se aplica desde la perspectiva de instrumentadores y enfermeros.
- Definir la satisfacción de las usuarias del servicio.

Hipótesis

La utilización de un modelo de gestión de calidad de atención permite valorar la gestión de un Área Quirúrgica de una maternidad pública de la ciudad de Rosario y describir la situación de los componentes estructural, funcional, y el nivel de satisfacción de las usuarias e identificar los componentes que deben ajustarse para mejorar el servicio.

Marco teórico

La actividad quirúrgica insume recursos en los sistemas públicos de cobertura universal de salud (OMS, 2020) e incluye un circuito asistencial que requiere la coordinación de equipos de trabajo. Es un foco asistencial prioritario en las instituciones hospitalarias con elevados costes y complejidad en un entorno de demanda de calidad asistencial y seguridad del usuario por lo que se hace necesario un seguimiento y evaluación continua de la actividad para la mejora de la gestión y la calidad asistencial.

Entonces, resulta fundamental adoptar un modelo conceptual de gestión que permita construir variables, dimensiones e indicadores desde una lógica teórica sólida que ayude a una adecuada interpretación de los resultados de estos indicadores. La revisión bibliográfica de Serra Sutton et al. (2010) revela que los indicadores de proceso más utilizados en la literatura científica se concentran en la medida de los tiempos de quirófanos, el rendimiento global, los costos de trabajo, la satisfacción de profesionales y usuarios y su seguridad clínica. Cuando se analizaron modelos integrales de gestión -más allá de indicadores sin contexto- muchos estudios incluían la evaluación de todo el proceso asistencial del área quirúrgica, desde la preparación del usuario para la cirugía, el inicio y finalización de la anestesia, el inicio y finalización de la cirugía y la salida del quirófano y recuperación post-anestésica del usuario como recomienda la Lista OMS de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (2009).

Los profesionales descritos e involucrados en estas actividades fueron anestesistas, cirujanos, enfermeros, coordinadores de quirófano, médicos residentes, técnicos de laboratorio, auxiliares de enfermería, camilleros y personal de limpieza. Muchos de estos estudios abordaban la eficiencia del área, sin una definición operativa clara de las dimensiones que medía. Algunos estudios que comparaban servicios incluyeron variables como las relacionadas con las características de los usuarios, del quirófano o de la institución. En dos reuniones de 20 expertos asesores del Departamento de Salud de Cataluña para alcanzar el consenso y la consolidación del modelo teórico y las variables e indicadores a utilizar en la evaluación de las actividades de los bloques

quirúrgicos, y luego de analizar la documentación obtenida por revisión sistemática, la primera conclusión fue que debía incluirse a todo el área quirúrgica y a todo el proceso quirúrgico como estrategia para incluir todas las técnicas, procedimiento y profesionales que se verían involucrados en la actividad.

La diversidad de terminología que se utiliza ambiguamente hace necesario expresar algunos conceptos que serán utilizados. Cuando se hable de Área/Sector quirúrgico o Quirófano se hará referencia al espacio delimitado que comprende los locales -salas de cirugía- donde se desarrolla el proceso asistencial del procedimiento quirúrgico y los locales de soporte que utiliza. Una intervención quirúrgica o acto quirúrgico es la intervención médica que se desarrolla en las salas de cirugía independientemente del tipo de cirugía, su programación o urgencia, el tiempo de duración y la técnica de anestesia utilizada. El momento intra-quirúrgico es el lapso que ocurre dentro del Área quirúrgica. La usuaria quirúrgica es toda usuaria que ingresa al área para ser sometido a una intervención. El equipo que forma parte de esta actuación incluye especialistas, profesionales, técnicos y operarios, cada uno con función específica y asignados exclusivamente al área, vale decir, que no realizan actividad distinta durante su jornada laboral. El diseño del área quirúrgica está basado en la necesidad de disponer de una circulación limpia y otra sucia y de la limitación del número de personas que circulan por la misma. Las recomendaciones generales son la limitación de personas durante la intervención. La conducta quirúrgica del equipo requiere una formación y una disciplina del personal de la unidad. Se debe restringir el acceso al área, delimitando zonas de acceso general, zonas de acceso limitado, zonas de acceso restringido y zonas operatorias (Roy, 2018).

Entonces, situados en la necesidad de seleccionar un modelo de gestión que genere calidad de atención en una actividad y área tan sensible como es la quirúrgica, la cita de Àlvar & Suñol (2018) recuerda la definición clásica de calidad asistencial de Donabedian (1980) como el balance final del proceso con un determinado resultado de bienestar del usuario después de sopesar las ganancias y pérdidas que acompañaron dicho proceso. Donabedian fue el primero en plantear que los métodos para evaluar calidad de la atención

sanitaria pueden aplicarse a tres elementos básicos del sistema: la estructura, el proceso y los resultados.

El componente que tiene en cuenta el punto de vista estructural, según Roy (2018), describe el espacio físico donde se agrupan las salas de cirugía, el equipamiento y todo el recurso tanto material como humano necesario para desarrollar el acto quirúrgico de forma de garantizar las condiciones adecuadas de calidad y seguridad para realizar la actividad. En tanto que el componente de procesos involucra el conjunto de actuaciones, decisiones, actividades y tareas que se encadenan de forma secuencial y ordenada para conseguir un resultado que satisfaga plenamente los requerimientos del usuario/población al que va dirigido. Los resultados son los cambios alcanzados en un período definido en la planificación de la calidad. Los indicadores utilizados deben ser indicadores verificables para medir cuantitativa y cualitativamente la estructura, el proceso y el resultado del Sistema de Gestión.

En 1989, la International Organization for Standardization (ISO) definió calidad como el *"grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado"*. Para Àlvar & Suñol (2018), esta definición aporta que la calidad asistencial puede medirse y es un grado de cumplimiento de un objetivo definido previamente. Pero, se tendrá en consideración que los objetivos que se plantean no son unívocos porque conviven distintos intereses y se podrían plantear objetivos desde el punto de vista de los administradores hospitalarios, del equipo sanitario y de los usuarios y sus familias. No obstante, estos tres intereses han de encontrar, seguramente, puntos en común.

En 1991 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definía que la atención de calidad *"identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite"*. En la actualidad, la OMS (2020) define calidad de atención como el grado en que los servicios incrementan la probabilidad de alcanzar los resultados que se han propuesto (promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la paliación) en personas y grupos, aplicando conocimientos basados en datos

probatorios y mejorando continuamente los servicios basados en las necesidades y preferencias de sus usuarios, las familias y las comunidades.

La OMS presenta componentes de la calidad estrechamente relacionados con aspectos éticos, como el componente de eficacia (práctica profesional basada en la evidencia), de seguridad (evitar lesionar a los pacientes, los trabajadores sanitarios y el medio ambiente); servicios de salud centrados en la persona (atención adecuada a las preferencias, necesidades y valores de las personas); oportunos (tiempos de espera y demoras reducidos); equitativos (la calidad no variará por motivos de edad, sexo, género, raza, etnia, lugar geográfico, religión, situación socioeconómica, idioma o afiliación política); integrados (con coordinación entre los distintos proveedores de servicios sanitarios) y eficientes (se maximizan los beneficios de los recursos disponibles). La OMS entiende que los servicios sanitarios de calidad son consecuencia tanto del entorno amplio de los sistemas sanitarios como de las personas que trabajan en el sistema, desde la orientación estratégica de los sistemas nacionales orientados a la calidad, hasta el seguimiento y evaluación de calidad de cada servicio. Este fuerte aporte de contenidos éticos OMS encuentra antecedente y correlato con postulados iniciales de Donabedian que describía tres aspectos de la calidad asistencial: el aspecto técnico que consiste en la aplicación de la ciencia y de la tecnología para resolver un problema del usuario obteniendo el máximo beneficio sin aumento de los riesgos; el aspecto interpersonal donde la relación con los usuarios tiene normas y valores que gobiernan la interacción de los individuos; y los aspectos de confort que son los elementos del entorno que proporcionan mayor comodidad (Àlvar & Suñol, 2018).

Un aporte esencial del referente rumano Joseph Moses Juran (1904-2008, citado en Carro Paz & González Gómez, 2012) sostiene que la calidad debe planificarse como fase previa al proceso de evaluación y mejoramiento. Precursor de la calidad en Japón y considerado como *padre de la calidad* afirma que debe definirse cuál es el interés del cliente para diseñar y planificar servicios en consecuencia; luego, los recursos se asignan y organizan en procesos contruidos para ser trasladados a las actividades habituales. Recién entonces, se tendrá la posibilidad de evaluar y mejorar los servicios.

Ahora bien, una vez confeccionado un plan de calidad de atención, se debe establecer qué práctica es considerada correcta para establecer la comparación que permitirá evaluar los resultados. Àlvar & Suñol (2018) definen este primer concepto como *criterio*, y lo diferencian de *estándar*. Los criterios suelen ser aspectos sociales imperantes en un momento dado, en tanto que *estándar* es el nivel óptimo basado en evidencia científica en el que dicho criterio puede aplicarse en un momento. En caso de no disponer de evidencia, es habitual recurrir a consenso de expertos quienes acuerdan al respecto. El proceso de evaluación -comparación de los resultados con estándares establecidos- permitirá establecer planes de mejora o de medidas correctivas luego de realizar una evaluación diagnóstica. El registro continuo, ordenado y secuencial de estos resultados permite disponer de la trazabilidad de los procesos, identificar las incidencias y disponer de una capacidad de mejora continua.

En el marco de los esfuerzos para mejorar la Seguridad del Paciente - una alianza mundial para una atención más segura- la OMS (2009) impulsó el programa “*La cirugía segura salva vidas*” y publicó la Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía y su Manual de aplicación respectivo (ver anexo V). Obviamente, el programa se instala como un estándar que busca articular el compromiso político de los países miembros y la voluntad clínica de los profesionales para enfrentar la problemática de seguridad anestésica, las infecciones quirúrgicas evitables y escasa comunicación entre los miembros del equipo quirúrgico. La Lista OMS de verificación es resultado del trabajo y consenso de un grupo de especialistas que buscaron dar respuesta a problemáticas globales de la actividad y se ha demostrado que su aplicación se asocia a una reducción significativa de las tasas de complicaciones y muertes y a un mejor cumplimiento de las normas de atención básicas. Pretende orientar a los equipos en la ejecución e incorporación de prácticas adecuadas y seguras. El Manual entiende como equipo quirúrgico a los cirujanos, anestesistas, personal de enfermería, técnicos y demás personal de quirófano involucrado en el procedimiento. Se sugiere que una única persona esté a cargo de realizar el chequeo de los controles de seguridad de la lista de verificación durante una operación, bajo el rol de Coordinador de la lista - habitualmente un enfermero circulante-. La asignación de este rol es muy

importante para una aplicación exitosa de la estrategia. La lista de verificación comprende tres fases relacionadas a un periodo de tiempo concreto en el curso habitual de una intervención: el periodo pre-inducción de la anestesia, el periodo post-inducción de la anestesia y previo a la incisión, y el periodo de cierre de la herida anterior a la salida del paciente del quirófano. El Coordinador de la lista va chequeando las actividades y recibe comunicaciones verbales del cumplimiento de las mismas antes de habilitar un nuevo paso; con el paso del tiempo las actividades y sus secuencias van siendo incorporadas a la rutina del equipo. Las listas no están planteadas como verdad acabada y permiten que los equipos incorporen chequeos según sus situaciones particulares; no obstante, al realizar estos cambios, debe tenerse en cuenta que los ítems añadidos deben tener una mirada focalizada conservando el carácter conciso e integrado de la lista siendo adecuada la inclusión entre cinco y nueve puntos de control en cada apartado. Los ítems deben ser breves y ejecutables, es importante no perder de vista que estas actividades deben acoplarse a la intensidad de las prácticas en servicio. Todas las comunicaciones entre el coordinador y el equipo deben ser verbales siendo muy superiores sus resultados en relación a listas de verificación escritas. Finalmente, las adecuaciones y cambios de la guía deben realizarse con el trabajo cooperativo del equipo y una prueba piloto del instrumento modificado.

En línea con el compromiso político asumido por los países miembros de la OMS, el Ministerio de Salud de Argentina (2021) ratifica y actualiza los ejes conceptuales del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica creado por Resolución N° 432/1992 de la entonces Secretaría de Salud del ex Ministerio de Salud y Acción Social y refrendado por el Decreto N° 1424/1997 y el Decreto N° 178/2017, que agrupan las acciones destinadas a promover la calidad de las prestaciones en los servicios de salud.

En los considerando del decreto, la autoridad ministerial se propone establecer y validar modalidades de evaluación externa de la calidad de los servicios de salud como la acreditación y la certificación de los procesos de gestión de la calidad de dichos servicios, en la convicción que la evaluación de la calidad es una herramienta fundamental en el proceso de mejoramiento continuo de atención. Para llevar adelante dichos procesos de evaluación de la calidad, la misma resolución crea un Sistema Nacional de Evaluación de la

Calidad en Salud en el cual se desarrollen dichas actividades y que será implementado dentro del sistema de Gestión Documental Electrónica (GDE) a través de la plataforma de Trámites a Distancia (TAD) y el módulo de Registro Legajo Multipropósito (RLM). A su vez, se genera un registro formal de aquellas entidades que realizan procesos de evaluación externa de la calidad.

A tal efecto, el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires - CABA- (2022) publica el Manual de Estándares de Acreditación para la Fiscalización de Establecimientos Polivalentes. En el noveno apartado, dedicado al Área Quirúrgica, se proponen los siguientes estándares:

- Está en área de circulación restringida y exclusiva destinada a ese fin. El área de circulación restringida está separada por una puerta que se mantiene cerrada con señalización de prohibición de paso y no se ingresa al sin cambio de ropa.
- Cuenta con áreas de apoyo para: lavado, vestimenta final del equipo quirúrgico y de trabajo de enfermería. Los lavabos tienen canillas dispensadoras de jabón y/o antisépticos sin utilización de manos. El área de enfermería tiene un sector limpio (para elementos limpios o esterilizados) y uno usado (para ropa, residuos, prelavado de material y todo elemento sucio).
- Existen normas de preparación y/o conservación de las piezas operatorias con los elementos necesarios para cumplir su cometido.
- Se confecciona el protocolo quirúrgico de todas las operaciones debiendo constar: fecha, cirujano, anestesista, ayudantes, tipo de anestesia, diagnóstico pre-quirúrgico, técnica efectuada y firma del cirujano.
- Existen procedimientos normatizados escritos para la limpieza del quirófano entre cirugías.
- El sector cuenta con un mínimo de 2 quirófanos individuales.
- Cuenta -al menos- con un profesional de Enfermería destinado exclusivamente al área quirúrgica que no efectúa durante su turno de trabajo ninguna función no relacionada con el área. El profesional se ocupa de la disposición del instrumental y otros elementos; controla el ingreso y egreso de materiales cuando se envían a lavar y esterilizar;

controla la disposición de residuos, es responsable del cumplimiento de las normas de asepsia en quirófano y en las áreas anexas, *“incluso respecto a los médicos”*.

- El área está coordinada por un profesional con funciones de: supervisar las tareas, programar los turnos y distribución de quirófanos, controlar el cumplimiento de las normas para la prevención de infecciones y proveer el área de insumos y materiales.
- Cuenta con una Unidad de Recuperación Anestésica donde el paciente quirúrgico permanece hasta que sus parámetros vitales permitan su traslado a una unidad de internación. Los anestesistas controlan la recuperación y solicitan el traslado en el momento oportuno y la Unidad está a cargo del responsable del Servicio de Anestesiología. Tendrá una dotación de anestesiólogo cada 5/6 camas de recuperación y un profesional de enfermería cada 2/3. Las unidades y los profesionales son exclusivos del área mientras dure la internación de los pacientes en recuperación. La Unidad de recuperación debe poseer una camilla de recuperación cada 2 mesas quirúrgicas y disponer monitores, marcapaso, desfibrilador, electrocardiógrafo, oxímetro, respiradores, aspiradores, material de intubación, sondaje venoso y arterial, y medicamentos específicos.
- Los quirófanos están diferenciados y equipados específicamente.
- Para concluir este apartado, hay un quirófano disponible en forma permanente para cirugías de urgencias.

En la continuidad del Manual de Estándares de Acreditación para la Fiscalización de Establecimientos Polivalentes en CABA (2022), el décimo apartado está dedicado al Servicio de Anestesiología y expresa los siguientes estándares:

- Los médicos anestesiólogos acuden a demanda de los cirujanos, estando a disposición un listado de anestesiólogos con sus respectivos medios de contacto. Los profesionales médicos deben ser egresados de la especialidad con el aval de la Federación Argentina de Asociaciones de Anestesiología o ser reconocido en su carácter de especialista por

Autoridad Nacional, Provincial o entidades médicas encargadas de regir la matrícula.

- Confeccionan un protocolo anestésico que debe contener: datos de identificación del paciente, evaluación pre-anestésica, técnica anestésica utilizada, administración de líquidos y agentes anestésicos, parámetros hemodinámicos y respiratorios y estado al finalizar la anestesia.
- Realizan visitas pre-anestésicas que son registradas en la historia clínica.
- Los Anestesiólogos estarán organizados en guardias pasivas o activas diarias.
- El Servicio de Anestesiología y la Unidad de Recuperación Anestésica se encuentra a cargo de un responsable.
- Además de los anestesiólogos se cuenta con residentes de la especialidad, los que cumplen sus guardias junto con los especialistas.

El Manual de acreditación de CABA (2022) hace referencia a otros estándares que, si bien no están incluidos específicamente en el Área quirúrgica, involucran procesos que la afectan. Por ejemplo:

- El apartado 4 de urgencias enuncia que se contará con médico de guardia activa las 24 horas e instalaciones exclusivas con asistencia de Enfermería.
- El apartado 8 refiere a atención del nacimiento e incluye al conjunto de servicios destinados a la atención del binomio madre-niño y los aspectos relacionados con el momento del nacimiento. El estándar requiere que los componentes del área estén vinculados por una afinidad sanitaria y funcional, aunque no se encuentren especialmente concentrados dentro de la planta física. Para el contexto de esta investigación, el Área de Partos incluye los Sectores de Admisión, Preparto, Sala de Partos, Quirófano y Recuperación Neonatal; todos situados en la misma planta física y bajo la misma dependencia administrativa. De esta manera existe presencia ininterrumpida en guardia activa de médico obstetra y médico neonatólogo y puede trasladarse la madre a un quirófano vecino de ser necesario.

- El apartado 11 está dedicado al control de infecciones y el estándar solicita tener normas escritas al respecto. Las normas pueden ser de elaboración propia o de consensos científicos pero siempre deben tener aval de la autoridad hospitalaria. Debe incluir recomendaciones sobre lavado de manos, antisépticos y desinfectantes, higiene hospitalaria, precauciones universales con sangres y fluidos corporales, curación de heridas, y cuidado de catéteres intravasculares y urinarios. Se deben completar registros de incidencia de infecciones hospitalarias y evaluar la prevalencia de las mismas, al menos, anualmente. Estas actividades deben coordinarse por un profesional responsable y capacitado en control de infecciones que utilice métodos activos de vigilancia epidemiológica respaldado por un Comité institucional en Control de Infecciones.
- El apartado 14 refiere a limpieza y el estándar solicita un coordinador responsable y normas escritas para el tratamiento específico de elementos o excretas potencialmente contaminantes con participación activa del Comité de Infecciones. Los procedimientos normatizados incluyen instrucciones sobre el uso de desinfectantes.
- El apartado 15 trata sobre los residuos y el estándar solicita la clasificación de los residuos antes de ser desechados utilizando bolsas rojas, bolsas negras y descartadores de agujas. Las bolsas y descartadores -herméticamente cerrados- se almacenan en un recinto exclusivo y cerrado hasta su retiro final.
- El apartado 28 correspondiente a accesos y circulaciones, las caracteriza como de circulación general -sin restricciones-, de circulación técnica -con restricciones al acceso de público-, de circulación semirestringida -acceso selectivo a personal del sector o autorizado-, de circulación restringida -con acceso selectivo a personal del sector o autorizado en condiciones de vestimenta aséptica (terapia intensiva, sala de partos, esterilización, neonatología) o en condiciones de vestimenta esterilizada (quirófanos, habitaciones de pacientes transplantados). El estándar pide que las condiciones de circulación tengan señalización de fácil comprensión.

- El apartado 33 hace referencia a las áreas críticas y resulta aplicable al sector quirúrgico la recomendación de contar con un equipo de profesionales formados en la actividad que disponen de normas médicas y de enfermería de los procedimientos propios de esta Unidad y su correspondiente registro.
- Para finalizar, el apartado 40 incluye el estándar referido a Garantía de Calidad que no se encuentran contenidas en los otros estándares considerados obligatorios. Se considerará recomendable el funcionamiento de comités interdisciplinarios con objetivos bien definidos y un programa anual de actividades con un registro de las tareas que se desarrollan. Las recomendaciones del Comité de Garantía de Calidad deben ser tomadas en forma directa por la conducción del establecimiento y trasladarse a todos los servicios las decisiones que de ellas resultan. Las actividades se desarrollan en el contexto de un programa de Garantía de Calidad que será continuo, escrito, con objetivos definidos y mecanismo para la identificación, control y corrección de los problemas detectados. Incluirá actividades de evaluación de los servicios y encuestas de satisfacción a los usuarios.

En una recapitulación de este marco conceptual, se ha dado cuenta de la actividad quirúrgica de las instituciones como foco asistencial prioritario por su costo y complejidad elevados en un entorno de demanda de calidad asistencial y seguridad del usuario (OMS, 2020). La gestión de estos servicios necesita un modelo conceptual que permita construir los indicadores para un análisis adecuado de la evolución de los acontecimientos. La revisión bibliográfica (Serra Sutton et al., 2010) revela la necesidad de un abordaje de la actividad quirúrgica integral que involucre las miradas de los administradores hospitalarios, el equipo sanitario y los usuarios y sus familias. Un modelo referente es el Modelo de Calidad de Asistencial de Donabedian (1980) que aplica tres elementos básicos del sistema: la estructura, el proceso y los resultados. Una articulación que complementa esta postura se aporta con la International Organization for Standardization -ISO- (1989) que asocia estos tres componente de la calidad con el grado de cumplimiento de los objetivos del

servicio (Àlvar & Suñol, 2018). El aporte de la OMS (1991) permite reformular el ciclo de Calidad de Atención y dejar planteadas las pautas de diseño y planificación.

Figura 1: Planificación del Ciclo de Calidad de Atención.



Fuente: elaboración propia.

La evaluación de los logros del servicio puede tener una referencia interna en cuanto al grado de obtención del mismo, pero puede compararse externamente con un estándar, es decir con un grado de excelencia con el que el mismo objetivo puede alcanzarse. El estándar de referencia internacional para la actividad quirúrgica de la OMS (2009) articula el compromiso político de los países miembros y la voluntad clínica de los profesionales del equipo quirúrgico para mejorar la seguridad del paciente. Ofrece un listado de chequeo de procesos del intraquirúrgico según tiempos de actuación específicos.

Pero la última década ha consolidado el concepto de Calidad de Atención. La OMS (2020) presenta aspectos éticos de la calidad como la práctica profesional basada en la evidencia, la seguridad y la centralidad de los usuarios. Estos aspectos reafirman y consolidan los del modelo teórico de Donabedian: la aplicación de la ciencia y de la tecnología para resolver un problema del usuario obteniendo el máximo beneficio sin aumento de los riesgos; la relación con los usuarios basada en normas y valores que gobiernan la interacción y la mayor comodidad que pueda proporcionarse (Àlvar & Suñol, 2018).

La República Argentina tiene un Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica desde 1992 que actualizó en 2021 incorporando un Sistema Nacional de Evaluación de la Calidad en Salud. Como referencia, el Manual de Estándares de Acreditación para la Fiscalización de Establecimientos Polivalentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires -CABA- (2022) establece los estándares que se someterán a acreditación por parte de las instituciones.

Los estándares específicos del Área Quirúrgica establecen la necesidad de existencia de procedimientos normatizados escritos, la circulación restringida y exclusiva, la situación de las áreas de apoyo y del área de enfermería, las normas de preparación y/o conservación de las piezas operatorias, la confección del protocolo quirúrgico, las funciones de la coordinación del área y del enfermero exclusivo asignado al área y la dotación y recursos de una Unidad de Recuperación Anestésica. Además, existen consideraciones específicas sobre Anestesiología como la titulación y disponibilidad de los anestesiólogos, la confección del protocolo anestésico, las visitas pre-anestésicas, la organización de guardias pasivas o activas, la coordinación del Servicio de Anestesiología y la inclusión de residencias. Por otra parte, se especifica que la limpieza, los residuos y la circulación de personas y materiales responden a normas escritas. Tanto el Control de Infecciones como la Garantía de Calidad deben depender de Comités y tener planificaciones, registros y normatizaciones expresas. Las recomendaciones del Comité de Garantía de Calidad deben ser tomadas en forma directa por la conducción del establecimiento y trasladarse a todos los servicios las decisiones que de ellas resultan. Las actividades se desarrollan en el contexto de un programa de Garantía de Calidad que será continuo, escrito, con objetivos definidos y mecanismo para la identificación, control y corrección de los problemas detectados. Incluirá actividades de evaluación de los servicios y encuestas de satisfacción a los usuarios.

Una gestión basada en un modelo de calidad que puede planificarse, autoevaluarse y que permite acreditarse por evaluación externa abre los interrogantes respecto a cuáles son sus resultados y cómo es percibido por las usuarias; si es suficiente para cubrir sus expectativas y si los objetivos que se propone el servicio, responden a necesidades reales de sus usuarias.

El nivel de satisfacción de los usuarios, según Febres-Ramos & Mercado-Rey, (2020) es un importante eje de evaluación muy utilizado para medir la calidad de atención en los servicios de salud. Afirman que existe una asociación importante entre ambas variables y la mirada de los destinatarios del servicio es una de las miradas involucradas a la hora de evaluar. La opinión de los usuarios permitirá reorientar los objetivos de un plan de calidad de atención, mejorar las falencias y reafirmar fortalezas. El concepto de calidad en salud tiene facetas objetivas y subjetivas; y suele explicarse en función de varias dimensiones influenciadas por el proceso cultural y por los actores de poder. Básicamente puede entenderse que la satisfacción del usuario se ve reflejada cuando sus expectativas fueron alcanzadas o superadas por lo brindado por los servicios de salud.

Para autores como Paredes (2020) la búsqueda de la calidad de atención y la satisfacción del usuario puede vivenciarse como un desafío, donde la necesaria inversión económica del Estado en los servicios públicos, posibilite estar a la vanguardia en el uso oportuno de la tecnología, la racionalidad en el uso de insumos y formación de recursos humanos, con una respuesta oportuna, necesaria y útil frente a la demanda de usuarios. Por otra parte, no se puede pensar en la planificación de calidad de un servicio de salud fuera de un contexto de administración/gestión especializada. Implementar un proceso de gestión de este tipo significará enfrentar un reto donde deba plantearse un cambio de la cultura organizacional, el replanteo de normas y procedimientos e incorporar la óptica de los usuarios con su complejidad y con la ruptura que significa que esta óptica constituya la primera definición de los objetivos del servicio y termine definiendo la reputación de las instituciones. Al respecto, Ponce-Gómez et al. (2006) recuerdan que el propio Donabedian hizo referencia a la calidad de atención médica apropiada como resultado tanto de la percepción como del conocimiento; percepciones del paciente y síntesis de las observaciones de la medicina moderna. En otras palabras, un servicio de atención no puede expresar resultados de calidad si el usuario no está satisfecho.

Sobre la oportunidad de inversión del Estado y la racionalidad de los recursos que plantea Paredes (2020) los Estados Unidos perdieron 6 billones de dólares en gastos de salud ineficientes durante 2015 y en América Latina y

el Caribe las muertes estimadas por mala calidad del primer nivel de atención superaron los 8 millones de personas. Por su parte, hay publicaciones que muestran que un 98% de la población de Brasil de su población considera que el sistema de salud es ineficiente. Enfrentar la óptica de los usuarios no es una situación fácil ni habitual, donde los sistemas deben exponer la racionalidad de los gastos y la respuesta que las acciones de salud brindan.

Una particular complejidad en la satisfacción de los usuarios según Ponce-Gómez et al. (2006) es que el servicio que se ofrece en el sistema de salud tiene al factor humano como rol principal de incidencia en la calidad y está muy relacionado con el vínculo interpersonal, la eficacia de la intervención, el uso adecuado de la tecnología, la calidez humana y el ámbito físico. Muchos usuarios expresan que la calidad se define por las características del proceso de atención.

Esta situación, así planteada, revela la importancia del compromiso de los equipos tanto en la acción de calidad como en la voluntad de satisfacción de los usuarios. Podría hablarse de la necesidad de construir e instalar un clima institucional adecuado a tales fines. Aspectos como la evaluación institucional, el estilo comunicacional interno, las posibilidades de capacitación y desarrollo, y las condiciones laborales y de salud laboral influyen en el proceso para brindar atención y en la calidad percibida.

Bajo estas consideraciones, Riveros & Berné (2007) opinan que se vuelve importante identificar los componentes principales de gestión orientados al usuario y que pueden tener influencia en sus percepciones de calidad; y encontrar, también, elementos del servicio que afectan la satisfacción global. Un punto de partida posible podría ser considerar que la calidad del servicio ofrecido depende del ajuste entre la orientación de la gestión de dicho servicio y las expectativas del usuario; en definitiva, una comparación entre el servicio esperado y el servicio recibido. Por ejemplo, existe evidencia que los usuarios se concentran en aspectos del proceso de entrega del servicio -como lo expuesto por Gómez et al. (2006)- y restan importancia a atributos intangibles difíciles de valorar. Riveros & Berné (2007) enfatizan la tangibilidad de los atributos del proceso de prestación del servicio y afirman que calidad y satisfacción son conceptos complejos multidimensionales con elementos tangibles como las comodidades de la infraestructura o la calidad de la

alimentación, y elementos intangibles como la entrega de información, el grado de accesibilidad, el nivel de burocracia, la humanización del servicio o la atención prestada a problemas psicosociales. La satisfacción puede ser definida como una evaluación post-utilización que resulta de procesos psicosociales de carácter cognitivo y afectivo, entre ellos, la propia experiencia y percepción de calidad. Esta evaluación post-uso afecta, construye y modifica la relación ulterior con el servicio; por ejemplo, los pacientes con bajos grados de satisfacción regresan menos a sus controles y tienen menor adherencia a sus tratamientos.

Justamente, Riveros et al. (2010) refieren a una característica de naturaleza interactiva de los servicios de salud que tiene simultaneidad con su entrega y consumo por parte de los pacientes; esta naturaleza dinámica de oferta-consumo-evaluación posterior construye las opiniones y expectativas de los usuarios respecto de los servicios, construcción individual y colectiva basada en las experiencias y en las emociones. Esta opinión y satisfacción del usuario son eje central en la gestión de servicios y es difícil pensarlo de manera diferente en la actualidad. Pero la investigación centrada únicamente en la mirada/satisfacción del usuario es una visión parcial y sesgada que requiere la triangulación con mediciones centradas en el proveedor del servicio. La triangulación de las opiniones de los profesionales sanitarios y de los usuarios puede facilitar la observación de desviaciones y entregar mejores guías en la planificación de la oferta de servicios de salud.

Entonces, la posición y liderazgo de las organizaciones según Vargas González et al. (2013) quedan asociadas a la calidad del producto o servicio que ofrecen por una parte y a la percepción de calidad que tienen los usuarios por otra, lejanos a las realidades objetivas y más cercanos a sus percepciones de satisfacción. El conocimiento de las expectativas de los usuarios es el primer y más relevante paso en la gestión de la calidad de un servicio; desconocer las expectativas de los usuarios podría significar involucrarse en actividades que carecen de importancia para los destinatarios del servicio.

Poder determinar la satisfacción del usuario en un área crítica es una tarea muy difícil, según afirman Rojas Martínez & Barajas Lizaraza (2012) es menester superar el problema de cómo operacionalizar una variable tan compleja como la satisfacción del usuario. Un instrumento muy difundido es el

Caring Assessment Instrument (Care-Q) de Larson & Ferketich y denominado el cuestionario de satisfacción del cuidado. Está conformado por 50 reactivos que exploran seis dimensiones del accionar de Enfermería en relación al usuario: accesibilidad, información proporcionada, confort, anticipación, relación de confianza y monitoreo y seguimiento. La dimensión o subescala de accesibilidad del profesional de Enfermería en la satisfacción del usuario explora las acciones directas de cuidado que recibe y pueden valorarse la destreza técnica, el vínculo terapéutico y la contención y apoyo oportuno de Enfermería. La dimensión o subescala de información proporcionada en la satisfacción del usuario trata la oferta de información entregada de manera clara y oportuna sobre la situación de salud del usuario y del tratamiento y cuidados que recibirá con el objetivo de resolver aquellos aspectos que el usuario desconoce o sobre los que se presentan dudas. Esta dimensión, además, abarca la orientación que ofrece el profesional y posibilita recopilar información sobre las necesidades y preferencia de cuidado del usuario. La dimensión o subescala de confort en la satisfacción del usuario implica la sensación de comodidad que puede experimentar el usuario en el sector y ante la presencia y actuación del profesional de Enfermería. El usuario necesita comodidades del ambiente físico durante su permanencia y está pendiente de las acciones de confort y buen trato que realice el equipo profesional. La dimensión o subescala de anticipación en la satisfacción del usuario define la actitud profesional de planificación del cuidado y de la prevención de las complicaciones. En cuanto a la dimensión o subescala de relación de confianza en la satisfacción del usuario expresa el espacio que el profesional construye para permitir que el usuario y su familia expresen sus intereses y necesidades sin sentirse condicionados o intimidados. Es una dimensión particular que permite elaborar la individualización del plan de cuidados. La dimensión de monitoreo y seguimiento en la satisfacción del usuario son actividades profesionales que exponen su capacidad de planificación, organización, anticipación y dominio de su disciplina. Es una actividad de valoración permanente donde el usuario y sus referentes familiares pueden experimentar la atención particular y necesaria que entrega el profesional. El instrumento permite, afirman Rojas Martínez & Barajas Lizaraza (2012), recoger una

valoración de satisfacción general que puede analizarse a partir de las 6 dimensiones de Enfermería propuestas.

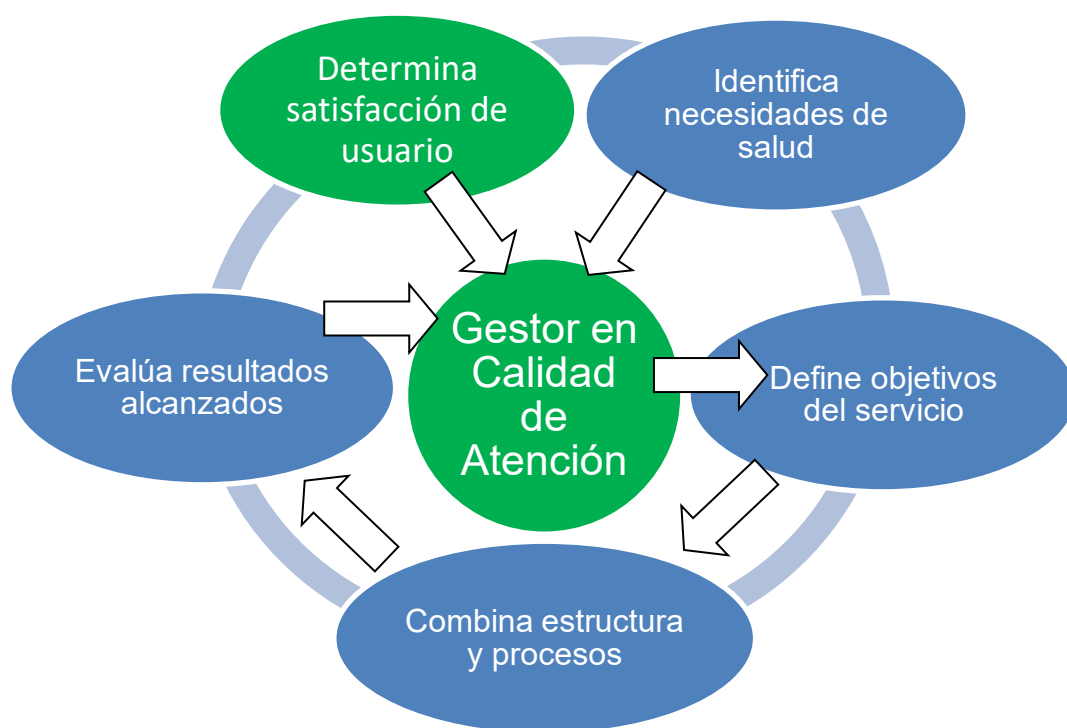
Un segundo instrumento es presentado en García-Jiménez et al. (2021) por sus características de validación, confiabilidad y adaptación a diversos ámbitos sanitarios. El instrumento Client Satisfaction Questionnaire -CSQ-8- creado por Larsen, Attkisson, Hargreaves y Nguyen (1979) -desarrollado por Roberts y Attkisson (1983) en su versión de habla hispana- es un cuestionario unidimensional capaz de revelar una estimación homogénea de la satisfacción general con los servicios. Consiste en una evaluación breve con adecuadas propiedades psicométricas y consta de ocho preguntas valoradas con una gradación propuesta del 1 al 4 sobre el grado de satisfacción con el servicio recibido. La puntuación oscila entre 8 y 32, estableciéndose tres niveles de satisfacción: bajo (8-20), medio (21-26) y alto (27-32).

La problemática de la medición de satisfacción de las usuarias es abordada por Campo-Arias & Oviedo (2008), en el contexto de la dificultad de cuantificar un concepto completamente teórico, tan abstracto y multifactorial. Todo instrumento de medición debe mostrar altos valores de validez y de confiabilidad; validez en tanto acredita la capacidad del instrumento de medir el constructo teórico que pretende cuantificar y confiabilidad como propiedad de mostrar resultados similares y libres de error en nuevas y repetidas mediciones. En el caso del CSQ-8 se presentan las características de los test psicométricos que pueden medir objetivamente ciertos aspectos psicológicos de las personas. Es decir, es una prueba capaz de cuantificar un constructo como la satisfacción de la usuaria, ha sido validado con las pruebas estadísticas correspondientes, es de uso difundido en el equipo de salud y entrega la validez de relevar verazmente la información necesaria y la confiabilidad de responder ante distintas poblaciones en estudios, en distintos lugares y momentos.

El desarrollo del presente marco conceptual pudo plantear un constructo de Modelo de Gestión de Calidad de Atención que identifica las necesidades de salud de los usuarios y se construye estableciendo objetivos centrados en resolver esas necesidades. Los componentes de estructura y proceso son asignados para cumplir dichos objetivos y son monitorizados por una cultura institucional auto evaluativa y de acreditación por evaluación externa que utiliza estándares como referencias para ambos casos y los resultados medidos

permiten conocer el logro de los objetivos resultados conocidos por la medición periódica de la satisfacción de las usuarias como contrarreferencia y feedback de relanzamiento de una nueva etapa de planificación. El modelo de gestión se sostiene en un fuerte compromiso ético y participativo individual e institucional donde las amenazas se construyen como oportunidades de incorporarse a un nuevo paradigma de gestión y de prestación de servicios.

Figura 2: Constructo de Modelo de Gestión de Calidad de Atención.



Fuente: elaboración propia.

Un abordaje de paradigma de gestión que entiende la reingeniería del sistema desde el abordaje interdisciplinario en estructuras de Comité para la emisión de recomendaciones de actuación basadas en la mejor evidencia científica disponible. Por eso, y aunque no es motivo del presente estudio, el gestor en calidad es coordinador de un equipo y considera, además, la satisfacción y expectativas de autoridades, administradores, equipo de profesionales y trabajadores y construye información suficiente como para una lectura integral de la situación que le permita tomar decisiones correctivas de la marcha del servicio.

Diseño metodológico

Tipo de estudio

Se realizó una investigación no experimental, cuantitativa de corte transversal, descriptiva y correlacional en una maternidad del segundo nivel de la red municipal de la ciudad de Rosario según la siguiente operacionalización:

Variable Satisfacción de las usuarias. Dependiente, cualitativa compleja.

Concepto: la satisfacción de las usuarias referirá a la evaluación post-utilización del servicio y que resulta de procesos psicosociales de carácter cognitivo y afectivo, entre ellos, la propia experiencia y percepción de calidad (Riveros & Berné, 2007)

Indicadores.
Evaluación del servicio recibido.
Cumplimiento de expectativa.
Resolución del problema.
Posibilidad de recomendación.
Satisfacción sobre monto de ayuda.
Satisfacción de resultado de afrontamiento.
Monto de satisfacción.
Posibilidad de reutilización del servicio.
Opinión sobre lo que destaca.
Opinión de mejora.

Variable modelo de gestión. Independiente, cualitativa compleja.

Concepto: el modelo de gestión (de calidad) refiere al modelo conceptual presentado por Donabedian (1980) que mide el componente estructural y los procesos involucrados desde la mirada de los operadores por un lado; y los resultados desde la mirada de los destinatarios por otro, de manera que triangulen el aporte de información sobre la problemática y que integren un proceso continuo de retroalimentación demanda-gestión de mejoras.

1. Dimensión componente estructural del área.

P1 - Subdimensión Planta física; Indicadores:

Ubicación salas de cirugía.
Independencia del área.
Proximidad a Central de Esterilización.
Proximidad de las áreas de internación más críticas.
Demarcación restricción circulación interna.

Restricción acceso al área.

Lavabo individual por sala de cirugía.

Ubicación del sector de depósito de material usado.

Pileta exclusiva para el lavado del instrumental.

Los vestuarios y baños fuera de las áreas restringidas.

Amplitud suficiente de desplazamiento y maniobra de camilla interna y externa.

P2 - Subdimensión Equipamiento; Indicadores:

Mesa quirúrgica por sala.

Camillas internas rodantes y exclusivas.

Mesas para instrumental.

Contenedores rígidos para elementos punzantes y/o cortantes.

Aspirador quirúrgico por sala.

Equipo de bisturí eléctrico por sala.

Carro de anestesia.

Monitores multiparamétricos.

Caja de paro.

Desfibrilador con paletas para adultos.

Desfibrilador con paletas pediátricas.

Equipo de anestesia con oximetría, capnografía y respirador.

Lámparas cialíticas.

Reloj de pared.

Oxígeno en tubos para traslado de usuarias.

Sostenes de sueros colgantes y móviles.

Lebrillos suficientes, de fácil lavado y cubiertos por bolsas plásticas.

Cajas quirúrgicas necesarias para dar cumplimiento a las cirugías programadas y para las urgencias.

P3 - Subdimensión Recurso material; Indicadores:

Vestimenta quirúrgica exclusiva y diferenciada.

Almacenamiento de elementos estériles con armarios y estantes.

Armarios con puertas.

Los armarios o estanterías alejados de cañerías o lugares húmedos.

Materiales detectados como faltantes.

P4 - Subdimensión Recurso humano; Indicadores:

Médico del sector

Médico cirujano

Ayudantes médicos

Jefe de anestesia

Anestesistas

Jefe de enfermería

Instrumentador/a

Enfermero/a circulante

Neonatóloga/o

Mucama del sector

2. Dimensión componente de proceso.

A1 - Subdimensión Procesos pre-inducción anestésica ; Indicadores:

Confirmación identidad de la usuaria.

Confirmación del sitio quirúrgico.

Confirmación del procedimiento quirúrgico.

Confirmación del consentimiento informado.

Marcación del sitio quirúrgico.

Asepsia del sitio quirúrgico.

Verificación del equipo de anestesia.

Colocación del oxímetro de pulso y verificación.

Verificación existencia de alergias conocidas.

Verificación vía aérea difícil o riesgo de aspiración.

Verificación riesgo de hemorragia.

Disponibilidad de accesos intravenosos y soluciones parenterales.

Verificación grupo y Rh sanguíneo.

Verificación existencia de hemoderivados disponibles.

A2 - Subdimensión Procesos pre-incisión ; Indicadores:

Se confirma que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función con la usuaria y con el equipo.

Anestesiólogo, cirujano y enfermera confirman verbalmente la identidad de la usuaria.

Anestesiólogo, cirujano y enfermera confirman verbalmente el sitio quirúrgico.

Anestesiólogo, cirujano y enfermera confirman verbalmente el procedimiento a realizar.

El Cirujano revisa los pasos críticos o imprevistos, la duración de la cirugía y la pérdida de sangre prevista.

El equipo de anestesia corrobora si la usuaria presenta algún problema específico.

La enfermera e instrumentadora quirúrgica revisan si se confirma la esterilidad de los insumos y situación relacionada con el instrumental, equipos y conteo del mismo necesario para el procedimiento.

Enfermería y/o anestesiólogo confirman la aplicación profiláctica de antibiótica en los últimos 60 min.

Enfermería corrobora si el cirujano puede visualizar imágenes diagnósticas esenciales.

A3 - Subdimensión Procesos pre-egreso ; Indicadores:

La enfermera confirmo verbalmente el nombre del procedimiento realizado.

La enfermera e instrumentadora quirúrgica confirman verbalmente el recuento de instrumental quirúrgico, gasas y agujas.

La enfermera e instrumentadora quirúrgica confirman verbalmente la identificación y etiquetado de muestras patológicas.

La enfermera e instrumentadora quirúrgica confirma verbalmente si existen problemas relacionados con el instrumental y equipo.

El cirujano, anestesiólogo y enfermera revisa los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento de la usuaria.

Existen reportes de eventos adversos.

A4 - Subdimensión Condiciones generales de seguridad de la usuaria; Indicadores:

Vestimenta.

Lavado de manos.

Ingreso al área quirúrgica.

Limpieza.

Procesamiento referido a recepción, limpieza y conservación del instrumental quirúrgico y otros equipos.

Sobre verificación de elementos estériles almacenados.

Sobre el material estéril que llega al quirófano a través de carros. Si son seguros y prevengan riesgos de contaminación externa.

Ropería.

Antisépticos.

Higiene.

Basura.
Educación incidental y programada
Bioseguridad.
Colocación de venopunciones.
Colocación de sistemas de sondas o drenajes.

Contexto de la investigación

Según se ha podido relevar durante la preparación de este estudio, el Servicio de Partos de la Maternidad Martín posee dos salas de admisión obstétricas y 7 boxes de parto para la usuaria acompañada con un referente familiar; 4 salas de parto, una sala de recuperación neonatal y un Área Quirúrgica anexada y contigua con 2 quirófanos. La actividad del equipo de Enfermería se desarrolla en toda esta área y consiste en admisionar las usuarias, brindar cuidados de las usuarias en los boxes de parto, asistir en el parto, realizar la recepción del recién nacido con todos los procedimientos que ello implica, cumplir el rol de enfermera circulante en quirófano o cuidar neonatos en la sala de recuperación neonatal. Todo el equipo está incluido en un organigrama de horarios desde donde se asignan y rotan las funciones mensualmente. La actividad quirúrgica incluye las actividad de cesáreas programadas, cesáreas de urgencia, ligaduras tubarias postparto y - ocasionalmente- cirugías neonatales.

Población y muestra

La población estuvo conformada por enfermeros e instrumentadores quirúrgicos asignados al sector y usuarias que habían sido intervenidas en el mismo.

Los profesionales fueron invitados a participar en su totalidad (25 enfermeros y 3 instrumentadores) con criterio de inclusión que estuvieran asignados al sector con una antigüedad superior a los 90 días y criterio de exclusión que se encontraran de licencia al momento de recolectar los datos, que no aceptaran participar o que no completaran el consentimiento informado (ver anexo IV). El total de participantes fue de 22 profesionales (19 enfermeros

y 3 instrumentadores) y se excluyeron 6 enfermeros, 4 por encontrarse licenciados y 2 por negativa a participar. Los profesionales aportaron la información sobre el componente estructural y el componente de proceso del modelo de calidad de atención médica a partir de la aplicación de dos cuestionarios autoadministrados cuyos resultados finales fueron volcados en instrumentos ad hoc (ver anexos I y II). Dado que fue abarcada toda la población se considera que los resultados pueden referirse confiablemente y de modo exclusivo a la misma.

Se encuestaron todas las usuarias internadas entre las cero horas del lunes 4 de marzo y las 12 horas del viernes 22 de marzo. Fue criterio de inclusión que cursaran entre 48 y 72 horas de postoperatorio de intervenciones de cesárea programada o de urgencia y se excluyeron quienes no desearan participar, no firmaran el consentimiento informado (ver anexo IV) o no estuvieran en condiciones de concentrarse en la encuesta. La decisión de excluir las usuarias intervenidas por ligadura tubaria o legrado uterino se justifica en favorecer la homogenización de la muestra y permitir que se registraran experiencias en situaciones de urgencia o emergencia. Resultaron 58 usuarias que resolvieron un instrumento sobre satisfacción de calidad de atención (ver anexo III) y se considera que los resultados pueden referirse confiablemente de modo exclusivo a esta población.

Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizó la técnica de la encuesta mediante la aplicación de tres instrumentos que abordaron todas las dimensiones, subdimensiones e indicadores de las variables. Todas las encuestas se encontraban impresas y tuvieron autocompletado luego de la autorización expresa de las autoridades correspondientes (ver anexo VI).

Los instrumentos de recolección de datos número 1 (politómica) y número 2 fueron encuestas autocompletadas por el equipo de Enfermería e Instrumentación quirúrgica de la maternidad. En ellos se releva información para determinar el componente estructural del área y establecer los componentes de proceso cuyos resultados fueron tabulados en sendos instrumentos ad hoc (ver anexos I y II respectivamente). Ambos instrumentos

fueron de construcción propia según las reglas generales de elaboración de instrumentos para la recolección de datos (Hernández Sampieri et al., 2014) y se consideró la adecuación de los términos en consideración a las personas a las que fue dirigido, la claridad de enunciado de cada reactivo, las condiciones donde se decidió aplicar el instrumento -como son el ruido, la iluminación y la privacidad-; la extensión y la dinámica con la que se completa.

Para consolidar su validez, los indicadores fueron obtenidos por la consulta de la literatura que formó parte del marco teórico, de estándares reconocidos y de los antecedentes consultados. Adicionalmente, se realizó una prueba piloto de los instrumentos de recolección de datos confeccionados por el investigador en una muestra seleccionada no probabilística de forma accidental de 10 enfermeros que reunían los criterios de selección de la población de estudio pero que no fueron parte de la misma. El instrumento tuvo buena recepción y resultó claro aportando la adaptación de aspectos vinculados con el formato para un mejor procesamiento de la información. Permitió relevar la información buscada y el tiempo estimado de autocompletado fue de 15 minutos.

El instrumento número 1 para el componente estructural del área constó de 4 secciones: Planta física -P1- con 20 reactivos, Equipamiento -P2- con 18, Recurso material -P3- con 4 más una pregunta abierta, y Recurso humano -P4- con 10. En este instrumento se releva la información que brindan los enfermeros e instrumentadores sobre las características edilicias, la disponibilidad de equipamiento, de los materiales biomédicos y la dotación de profesionales del equipo.

El instrumento número 2 para el componente de proceso consistió en la aplicación de la Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía y su Manual de aplicación respectivo: Procesos pre-inducción anestésica -A1- con 14 reactivos, Procesos pre-incisión -A2- con 9, Procesos pre-egreso -A3- con 6, y Condiciones generales de seguridad de la usuaria -A4- con 15. En este instrumento se releva la información que brindan los enfermeros e instrumentadores sobre la presencia o ausencia y aplicación o no aplicación de los estándares de proceso.

El instrumento de recolección de datos número 3 fue el Cuestionario de Satisfacción del Cliente (Client Satisfaction Questionnaire, ver anexo III) -CSQ-

8- que es una encuesta que permitió medir la satisfacción de las usuarias por la calidad de atención recibida. Es un instrumento validado basado en 8 preguntas que respondieron las usuarias al final de su estadía en la maternidad sobre la base de una escala análogo-visual. Cada pregunta se evalúa entre 1 y 4 puntos y la satisfacción está directamente relacionada con el número de puntos, de modo que la puntuación total oscila entre 8 y 32 puntos -teniendo en cuenta que los ítems 2, 4, 5 y 8 reciben puntuación en orden inverso-.

Aspectos éticos

Todos los participantes de esta investigación -tanto los enfermeros como las usuarias- recibieron una copia del formulario de consentimiento informado (ver anexo IV) que firmaron para expresar su acuerdo de participación luego de que se les presentó el cuestionario y se respondieron las consultas y dudas. Se aclaró que estaban invitados a participar de la investigación de manera voluntaria y libre, y que no participar no genera perjuicios de ninguna manera.

Del mismo modo se expresaron las posibilidades de retirarse de la investigación en el momento que deseen. Además, se garantizó que los datos personales de los participantes quedarían resguardados por el investigador -participación anónima- como la información obtenida en esta investigación -confidencialidad- según los alcances de la ley 25.326 de Protección de los Datos Personales.

Como se manifestó, las autoridades del sitio de investigación fueron informadas de las actividades de recolección de datos y de la confidencialidad de la información relevada o presenciada durante dichas actividades en la institución (ver anexo VI). Además, la información obtenida tiene aplicación exclusiva con fines académicos.

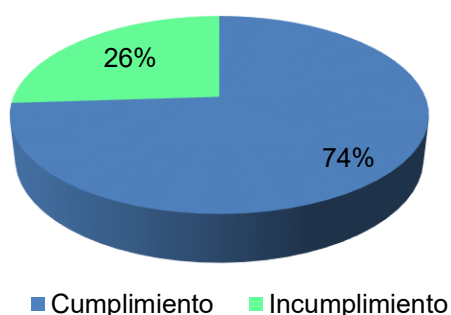
La recolección de datos estuvo a cargo del investigador en días y horarios establecido en un plan de trabajo y acordado por la responsable del servicio.

Análisis e interpretación de datos

Para responder al primer objetivo específico de determinar el componente estructural del modelo de gestión actual, los enfermeros e instrumentadores participantes del estudio expresaron que el componente estructural tiene un cumplimiento general del 74% de los estándares del modelo de atención de calidad médica que se les propusieron en los distintos reactivos de la encuesta.

Gráfico 1.

Cumplimiento del componente estructural de calidad de atención médica del área quirúrgica de la maternidad según profesionales encuestados que se desempeñan en el sector. Porcentajes.



Fuente: datos de la encuesta

El cumplimiento de las subdimensiones mostró diferencias: cuando se consultó sobre la planta física del componente estructural del área se pudo relevar un puntaje del 60,45% (266 puntos) de respuestas positivas sobre 440 puntos totales posibles. Los ítems que mostraron un piso del 80% de opiniones positivas del personal fueron la ubicación de las salas de cirugía en una sola planta, la contigüidad del depósito de material, la situación de baños y vestuarios fuera del área restringida, la amplitud de circulación suficiente, el ingreso a través de los vestuarios, la diferente circulación de material estéril y no estéril, y la exclusividad de los elementos de limpieza. Por su parte, los ítems que recibieron una valoración intermedia entre el 50 y el 70% reflejaron respuestas ambiguas respecto a la independencia de las salas de cirugía, la

exclusividad de un lavabo por sala y de la piletta de limpieza del instrumental, y la separación de la ropa sucia que espera su retiro. Más de un tercio de los ítems (7 de 20) tuvieron respuestas negativas muy altas respecto de que el sector se encuentra alejado de la Central de esterilización y de otras Áreas críticas, no estarían bien demarcadas las áreas de restricción interna del sector, tampoco estaría garantizado el acceso restringido al sector, ni estaría garantizada la no presencia de polvo e insectos.

Tabla 1.

Cumplimiento de subdimensiones del componente estructural del área quirúrgica de la maternidad según profesionales encuestados que se desempeñan en el sector.

	Si	No	No Sabe	Total
P1 - Planta física	266	174	0	440
P2 - Equipamiento	343	56	0	396
P3 - Recurso material	40	48	0	88
P4 - Recurso humano	199	20	1	220
Totales	848	298	1	1.144

Fuente: datos de la encuesta

En cuanto al equipamiento del componente estructural tuvo una valoración muy alta del 86,61% (343 puntos totales sobre 396 posibles) y no se relevaron déficits a considerar.

Sobre el recurso material del componente estructural, los déficits representaron mayor puntaje (54,54%) y se enfocaron en las instalaciones del depósito de material estéril con su ausencia de armarios con estantes y puertas, y su proximidad a lugares húmedos. Las encuestas revelaron faltantes habituales de vendas elásticas, butterfly de diferentes medidas, hemosuctores, hisopos, apósitos, microgoteros y perfus de sangre.

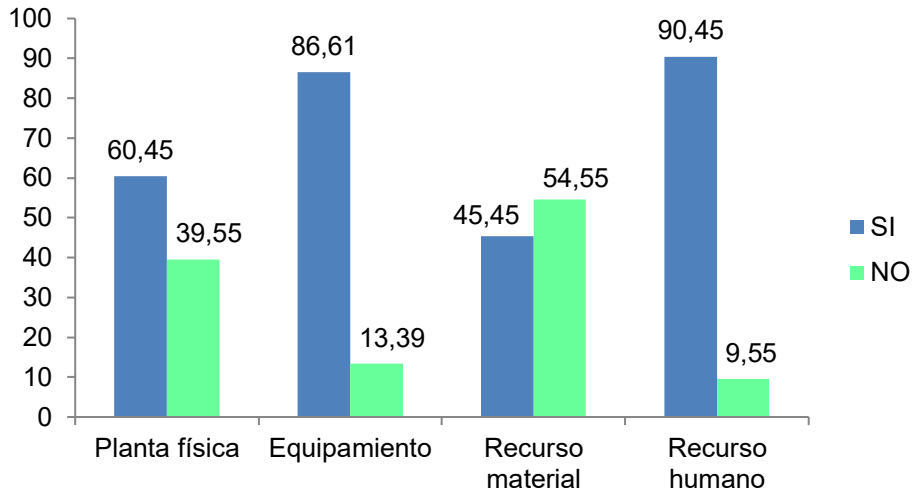
El recurso humano del componente estructural tuvo muy alta consideración favorable (90,45%) y mostró solamente ambivalencias en cuanto a la exclusividad del rol mucama en el sector dado que un tercio del equipo refiere que no es exclusiva.

En síntesis, la comparación porcentual del cumplimiento/incumplimiento de estándares estructurales muestra fortaleza en las subdimensiones de

equipamiento y recurso humano; en tanto se constatan debilidades en la planta física y los recursos materiales.

Gráfico2.

Comparación de subdimensiones del componente estructural del área quirúrgica de la maternidad según profesionales. Porcentajes.

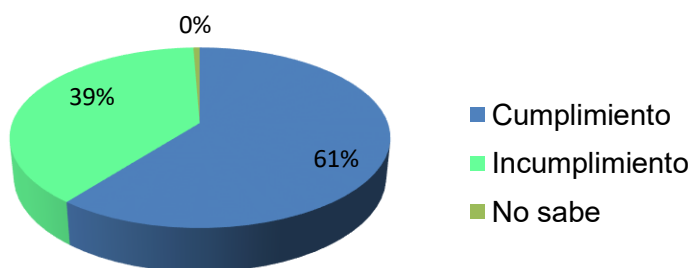


Fuente: datos de la encuesta

Para responder al segundo objetivo específico, los enfermeros e instrumentadores manifestaron el cumplimiento del 61% de los estándares del componente de proceso del modelo de atención de calidad médica que se les propusieron en los distintos reactivos de la encuesta.

Gráfico 3.

Cumplimiento del componente de procesos de calidad del área quirúrgica de la maternidad según profesionales. Porcentajes.



Fuente: datos de la encuesta

En relación a los componentes de proceso del modelo de calidad de atención médica, cuando se consultó sobre los procesos previos a la inducción

anestésica, se pudo relevar un total de 244 puntos positivos (79,22%) sobre 308 totales. Estos procesos que los profesionales reconocen como normatizados incluyen que se confirma la identidad de la usuaria, el sitio y procedimiento quirúrgico; se verifica el consentimiento informado, se realiza asepsia del sitio quirúrgico, se coloca el oxímetro de pulso, se corrobora la existencia de alergias conocidas y riesgo de hemorragia en la usuaria, se prevé la disponibilidad de accesos intravenosos y soluciones parenterales y se corrobora grupo y factor Rh sanguíneo de la usuaria. Como aspectos deficitarios en esta subdimensión, se relevaron que no se marca el sitio quirúrgico, y que hubo respuestas ambivalentes sobre la verificación del equipo de anestesia y la existencia de hemoderivados disponibles.

Tabla 2.

Cumplimiento de subdimensiones del componente de proceso del área quirúrgica de la maternidad según profesionales encuestados que se desempeñan en el sector.

	Si	No	No Sabe	Total
A1 - Procesos pre-inducción anestésica	244	62	2	308
A2 - Procesos pre-incisión	138	59	1	198
A3 - Procesos pre-egreso	107	22	3	132
A4 - Condiciones generales de seguridad de la usuaria	98	232	0	330
Totales	587	375	6	968

Fuente: datos de la encuesta

Los procesos previos a la incisión fueron reconocidos por los profesionales con un 69,69% del puntaje total (138 sobre 198). El déficit más enunciado es la no presentación del equipo a la usuaria, mientras que los mejor valorados en cumplimiento fueron que el equipo de anestesia corrobora si la usuaria presenta algún problema específico, la enfermera e instrumentadora quirúrgica revisan si se confirma la esterilidad de los insumos (con resultados de los indicadores de esterilidad) y si existen dudas o problemas relacionados con el instrumental, equipos y el conteo del mismo necesario para el procedimiento, y que Enfermería y/o Anestesiología confirman la aplicación profiláctica de antibiótica durante la hora previa. No estuvieron consolidados los

reconocimientos de los procesos de confirmación verbal de la identidad de la usuaria, el procedimiento a realizar y del sitio quirúrgico; la revisión los pasos críticos o imprevistos, la duración de la cirugía y la pérdida de sangre prevista por parte del cirujano y la revisión de la necesidad de visualización de imágenes que podría necesitar el cirujano.

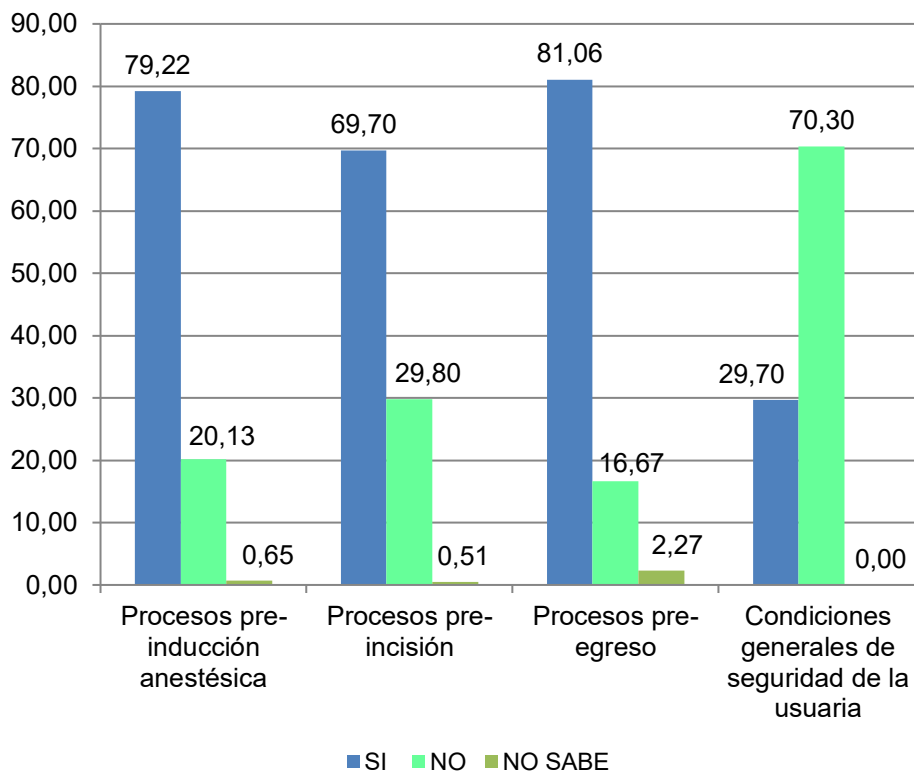
Los procesos previos al egreso del sector fueron reconocidos por los profesionales con un 81,06% del puntaje total (107 sobre 132). Se destacaron los procesos de confirmación verbal del nombre del procedimiento realizado, la confirmación verbal del etiquetado de piezas operatorias, la confirmación verbal de problemas relacionados con el instrumental y equipo y que el equipo revisa los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento de la usuaria. Dos aspectos menos consolidados (1 de cada 3 profesionales niega conocerlo o realizarlo) fueron los procesos de confirmación verbal del recuento de instrumental quirúrgico, gasas y agujas; y el reporte de eventos adversos.

Los procesos vinculados con las condiciones generales de seguridad de las usuarias fueron reconocidos por los profesionales solamente con un 29,69% del puntaje total (98 sobre 330) donde solamente se reconoce mayoritariamente la normatización de colocación de cateterismos y drenajes. Fueron muy altas (superiores al 80% de los profesionales encuestados) las manifestaciones respecto de la ausencia de estándares de proceso sobre el transporte del material estéril desde la Central de esterilización y la verificación de elementos estériles almacenados; el procesamiento de recepción, limpieza y conservación del instrumental quirúrgico y otros equipos el manejo de residuos; la limpieza de instalaciones, el manejo de antisépticos, el acceso al área de las usuarias y la higiene de las mismas. Otros procesos señalados de modo ambivalente en cuanto a su cumplimiento fueron los de vestimenta y manejo de ropería, el lavado de manos, la colocación de venoclisis, la bioseguridad -en general- y la educación incidental.

La comparación porcentual del cumplimiento/incumplimiento de estándares de proceso muestra fortaleza en las subdimensiones de procesos previos a la inducción anestésica y previa al egreso del sector de la usuaria. El cumplimiento de los procesos pre-incisión es aceptable, entre tanto, los procesos de seguridad general de las usuarias son muy bajos.

Gráfico 4.

Comparación de subdimensiones del componente de proceso del área quirúrgica según profesionales encuestados. Porcentajes.



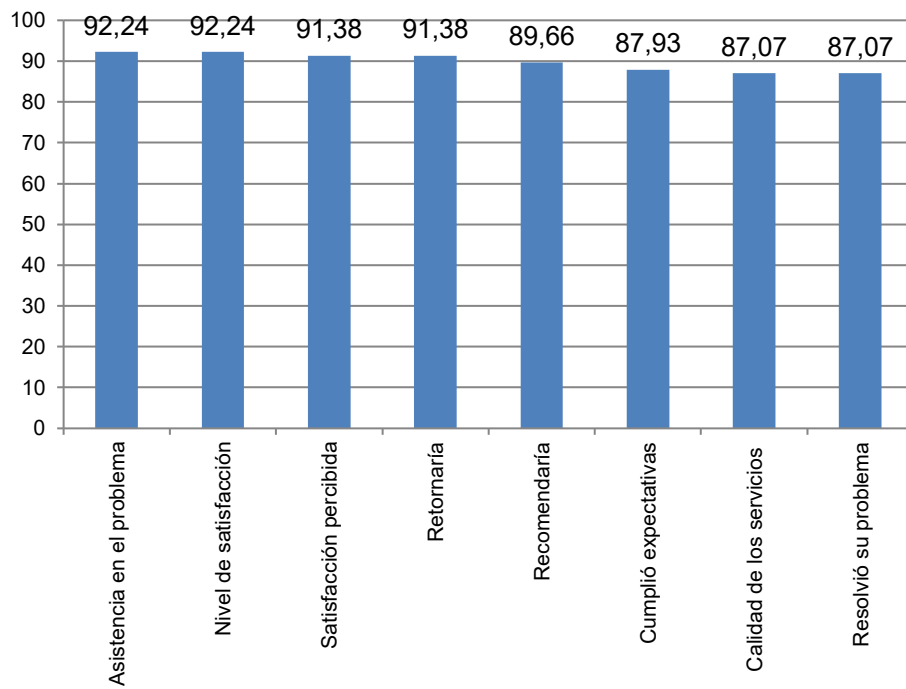
Fuente: datos de la encuesta

Para definir la satisfacción de las usuarias del servicio como tercer objetivo específico, pudo relevarse una alta valoración de los 8 indicadores validados.

La satisfacción de las usuarias fue muy alta y alcanzó 1668 puntos (92,87%) sobre 1796 puntos totales posibles -232 por cada uno de los 8 reactivos propuestos en el instrumento validado-. Respecto de las dos preguntas abiertas, la opción fue utilizada por 28 usuarias. Sobre las usuarias que utilizaron la opción, el 71,40 expresó que la atención recibida por parte del equipo fue lo que más le gustó. Cuando se hizo referencia al cuidado de Enfermería, algunas usuarias recalcaron la comunicación, el nivel de información que brindan y la disponibilidad. La mitad de las usuarias que contestaron no cambiarían nada del servicio que recibieron, y se recopilaron otras opiniones como la calidad de la comida, la falta de ropa de cama y la falta de informes de Neonatología en casos puntuales.

Gráfico 5.

Comparación de indicadores de satisfacción de las usuarias del área quirúrgica de la maternidad. Porcentajes.



Fuente: datos de la encuesta

Discusión

El inicio del presente estudio fue disparado por la frase de Donabedian (1986) de que las ideas son fuerzas que mueven al mundo tangible; es probable que todo gestor tienda a concentrarse en cómo mover el mundo, su mundo. La idea inicial se configuró, entonces, como *ideas correctas generan movimientos correctos* y se comenzó a formar el eje modelo de calidad-resultados, un mundo movido al lugar correcto por haber respondido a un plan correcto.

Cuando se tabularon los resultados se hizo evidente el déficit de procedimientos y estándares escritos. Para interpretar estas consecuencias, vale recordar la recomendación de Àlvar & Suñol (2018) de la necesidad de disponer de procesos estandarizados y escritos que regulen la ejecución y permitan el control de las actividades para obtener resultados de calidad. Por lo tanto, este déficit transversalizó los distintos indicadores.

La citada no regulación de la ejecución y control no sólo genera procesos inadecuados -como los observados en vinculación con la seguridad en general y la bioseguridad en particular- sino que impacta en el componente estructural y deriva en una utilización inadecuada de los mismos como cuando, a pesar de una valoración importante de la planta física, se constata el incumplimiento de la restricción de acceso y de circulación y la no observancia del uso exclusivo de algunos espacios. Roy (2018) advierte que la consecuencia de esta ausencia de límites normatizados y de control de sus cumplimientos puede generar una cultura de falta de disciplina quirúrgica del equipo.

Por lo tanto, desde una perspectiva teórica que se toma consistencia con los resultados aportados por la perspectiva de los profesionales, la construcción de normas escritas y estandarizadas son una herramienta para la utilización responsable de los componentes estructurales y un horizonte de construcción de prácticas seguras (Àlvar & Suñol, 2018).

En cuanto a la perspectiva de resultado, la satisfacción de las usuarias fue muy alta y subrayaron la disponibilidad, comunicación e interacción con los enfermeros.

Esta información encuentra fundamento en los hallazgos de Paredes (2020) respecto de una relación estadísticamente significativa entre las expectativas de satisfacción del usuario y la gestión de calidad de las dimensiones de fiabilidad, empatía y capacidad de respuesta. Otro hallazgo compartido fue la fidelización de las usuarias respecto del servicio recibido.

Algunas usuarias expresaron una calidad regular en la comida, falta de ropa de cama y de informes oportunos de sus hijos en el área de Neonatología en línea con Febres-Ramos & Mercado-Rey (2020) que encontraron que los pacientes valoran tangibles del sistema de salud como el profesionalismo de los equipos médicos, la orientación en la estructura de internación y la comodidad.

Como contrapartida -y cimentando el resultado- Tahua (2019) mostraba niveles de satisfacción regular en relación a la comunicación. En definitiva, aparecen ejes de valoración confirmados en los resultados respecto de la importancia que tiene para los usuarios la capacidad de respuesta, escucha, interacción e información sobre su situación de salud.

Un dato importante es que el sitio de investigación es de gran carga asistencial y no se constata el supuesto de Vázquez-Cruz et al. (2018) de que unidades sanitarias con alta carga de trabajo caracterizadas por la demanda de pronta resolución podrían presentar conflictos en los procesos de interacción entre el equipo y los pacientes.

Los resultados obtenidos confirman que las usuarias expresan satisfacción en línea con la propuesta OMS (2020) cuando presenta componentes de la calidad estrechamente relacionados con aspectos éticos como la seguridad, la oportunidad y la integración del servicio. En este punto, cuando Paredes (2020) insta a la inversión estatal para garantizar la calidad de atención y la satisfacción del usuario con una respuesta oportuna, necesaria y útil frente a la demanda con racionalidad en el uso de insumos y formación de recursos humanos; la gestión responsable se vuelve una necesidad metodológica y ética.

Conclusión

Luego de presentar y analizar los resultados en respuesta a los objetivos específicos, puede concluirse que se despejaron las valoraciones del componente estructural y procesual del modelo de gestión.

El componente estructural tuvo un cumplimiento general aceptable con fortalezas en el equipamiento y el recurso humano; y debilidades en la planta física y los recursos materiales. El cumplimiento del componente de proceso del modelo tuvo una aplicación menor con fortalezas en los procesos previos a la inducción anestésica y previa al egreso del sector de la usuaria. El cumplimiento de los procesos pre-incisión es aceptable, entre tanto, los procesos de seguridad general de las usuarias son muy bajos. Las condiciones generales de seguridad de las usuarias tienen un incumplimiento o una inexistencia muy importante en coincidencia con un reactivo específico que muestra el déficit de bioseguridad -en general-.

La satisfacción de las usuarias fue muy alta y las preguntas abiertas resaltaron la atención recibida por parte del equipo y el cuidado de Enfermería con su apertura a la comunicación, el nivel de información que brindan y la disponibilidad cuando se las convoca. Algunas opiniones recopiladas sugirieron mejorar la calidad de la comida, la provisión de ropa de cama y se registró la falta de informes de Neonatología en casos específicos.

Para alcanzar el objetivo general de valorar la gestión de un área quirúrgica en relación a los componentes de un modelo de gestión de calidad se puede concluir que la perspectiva de los enfermeros e instrumentadores respecto de los componentes estructurales y procesuales del modelo -en triangulación con la perspectiva de satisfacción de las usuarias- evidenció una riqueza informativa diagnóstica del servicio a partir de la descripción y comparación de fortalezas y debilidades presentes en distintas dimensiones e indicadores. Las preguntas abiertas anexadas a la encuesta de las usuarias visibilizaron información de mucha utilidad. Se hace evidente que, la satisfacción del usuario de los servicios no alcanza para tomar decisiones de mejora de los servicios pero permite acceder a información específica.

Se considera resuelta la hipótesis que enuncia que la utilización de un modelo de gestión de calidad de atención permite valorar la gestión de un Área

Quirúrgica de una maternidad pública de la ciudad de Rosario y describir la situación de los componentes estructural y funcional, y el nivel de satisfacción de las usuarias e identificar los componentes que deben ajustarse para mejorar el servicio.

Recomendaciones

La experiencia de este estudio permite sugerir una modificación en la técnica de recolección de datos y administrar las preguntas abiertas a las usuarias a partir de una breve entrevista posterior al autocompletado de la encuesta. Esta modificación podría enriquecer los aportes y salvar las dificultades de escritura de algunas pacientes, volviendo más inclusivo el procedimiento en consideración al aporte significativo que representó considerar las opiniones de las usuarias.

Además, este trabajo puede resultar el inicio de una cultura de evaluación del modelo de gestión del área y reeditarse después de introducir modificaciones en el servicio.

Propuestas de intervención

Se abordó este estudio desde el constructo de que la calidad de atención es producto de una gestión basada en un modelo con estándares de sus componentes básicos -estructura y proceso-, para obtener un resultado que debe medir la institución y, en este caso, también puede conocerse desde la visión del destinatario del proceso. Poder dimensionar estos indicadores ha de proveer la información necesaria para establecer la calidad de atención prestada y para proponer mejoras fundamentadas en puntos específicos del sistema estructura-proceso.

A partir de la valoración de indicadores se puede proponer:

1. La planta quirúrgica tiene un diseño muy adecuado, pero no se ha normatizado la restricción y circulación según la recomendación internacional. Esta recomendación-además de la obviedad de poder reducir la carga de microorganismos-, busca generar una cultura de disciplina en equipo. Deben demarcarse las áreas de restricción interna y establecer los recorridos de circulación de personas y

elementos teniendo en cuenta las recomendaciones respecto a minimizar el tránsito y circunscribir los elementos sucios o contaminados respecto de los limpios o estériles.

2. Además, la planta física posee instalaciones usadas incorrectamente o no utilizadas, en referencia a lo dicho de no estar estandarizado o no estar respetado lo pautado. Entonces, cada lavabo, sala de cirugía y distintas dependencias pueden utilizarse según lo asignado.
3. El punto débil de esta planta es la sala donde se conserva el material estéril, que deberá proveerse de armarios con puerta y, además, deberá mantener la puerta de ingreso a la misma cerrada para mejorar el aislamiento.
4. La lejanía de la Central de esterilización se suma a la ausencia de un procedimiento adecuado de traslado y depósito del material estéril. El uso de un carro de transporte exclusivo y cerrado puede mejorar este punto.
5. Otro aspecto a considerar es realizar las adecuaciones edilicias necesarias para garantizar el aislamiento de polvo e insectos.
6. A partir de esta necesidad de normatización y cumplimiento de la norma, se vuelve fundamental construir la capacitación que genere conciencia en los profesionales del área respecto de instalar un nivel de conducta y disciplina personal que no fomente errores o ambigüedades de funcionamiento. Esta consolidación de la conducta interna es un reaseguro de cumplimiento de los estándares por quienes ingresan al sector. La importancia de redactar normas formales de trabajo explícitas y escritas reducen los conflictos interpersonales y facilitan la interacción; cuando se conoce claramente qué está permitido y qué no, disminuyen las posibilidades de errores u omisiones que redundarán en la seguridad de la usuaria.
7. En línea con el punto anterior, este sector debe construir una cultura de autonomía administrativa del área quirúrgica respecto del área contigua de partos y superar la continuidad histórica que posterga a este servicio, de modo de asignar el personal exclusivo necesario y proveer los insumos biomédicos básicos.

8. El sector en estudio cumple con los procesos en forma verbal pero no utiliza listas de cotejo para evitar reducir las equivocaciones de usuaria, área o procedimientos y existen falencias de trazabilidad e identificación de actores en el procedimiento.
9. Se hace necesaria la revisión de las normas de bioseguridad y de cumplimiento de actividades de rutina en el sector respecto del chequeo de funcionamiento del equipamiento, control de stock de insumos, caducidad de medicación y control de esterilidad.
10. Otro aspecto considerando que es una maternidad con un modelo MSCF, donde la seguridad de la atención es la prioridad y los padres son los protagonistas; es tener en cuenta las preferencias y prioridades de los padres intentando reproducir las condiciones y beneficios de un parto natural; proponer en primer lugar que el padre se involucre en el proceso del acto quirúrgico acompañando este momento si la madre quisiera estar apoyada, proveyendo si así lo quisiera los recursos para el ingreso al sector, también asegurarse de que no se aten las manos de la mujer para poder recibir su bebe, si la situación lo permite bajar los paños estériles en el momento que va a nacer el bebé para que pueda visualizarlo y una vez nacido acercarlo para que pueda acariciarlo y hacer contacto piel a piel.
11. En línea con el punto anterior, también poder incorporar una ficha de incidentes tanto de procedimientos como de procesos para poder evaluar los mismos.

Bibliografía

- Àlvar, N. & Suñol, R. (2018). *La calidad de la atención*. En https://www.fadq.org/wp-content/uploads/2018/12/LA-CALIDAD-DE-LA-ATENCION_Art-Net_Sunol.pdf
- Bedoya-Ruiz, L., Agudelo-Suárez, A. & Restrepo-Ochoa, D. (2020). Relaciones que establecen las mujeres durante el embarazo, parto y posparto con el personal de salud según clase social en Bogotá: estudio cualitativo. *RevPeruMedExp Salud Publica*. 2020;37(1):7-16. Disponible en <https://www.scielo.org/pdf/rpmesp/2020.v37n1/7-16/es>
- Blazquez Morales, M.S., Muñoz Aguilar, K., Gutiérrez Alba, G. & Siliceo Murrieta, J. (2018). Satisfacción del trato recibido durante el embarazo, parto y puerperio en un hospital público. *Revista de Salud Pública*, (XXII) 1:8-19 Marzo 2018. Disponible en <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/download/18622/19598/56058>
- Buenos Aires Ciudad - Salud (2022). *Fiscalización - manual estándares de acreditación para establecimientos polivalentes de la Ciudad de Buenos Aires*. Disponible en https://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/regulacion/files/guia_fiscalizacion_estandares.pdf
- Campo-Arias, A. & Oviedo, H. (2008). Propiedades Psicométricas de una Escala: la Consistencia Interna. *Rev. salud pública*. 10 (5):831-839, 2008. Disponible en <https://www.scielo.org/pdf/rsap/2008.v10n5/831-839/es>
- Carro Paz, R. & González Gómez, D. (2012). *Administración de la calidad total*. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. Universidad Nacional de Mar del Plata. Disponible en http://nulan.mdp.edu.ar/1614/1/09_administracion_calidad.pdf
- Casanovas Biosca, N., Puig Taberner, E., Cruz Oliveras, A., Martos Rodríguez, A., Mate García, X. & García Bernis (2013). *La gestión quirúrgica según*

niveles de complejidad: un modelo que se espera eficiente. Barcelona. Hospital Universitari Sagrat Cor. 2013. En http://www.fundacionsigno.com/archivos/publicaciones/05_GESTION_QUIRURGICA.pdf

Donabedian, A. (1984). *La Calidad de la atención médica, definición y métodos de evaluación*. Editorial La Prensa Médica Mexicana.

Febres-Ramos, R., & Mercado-Rey, M. (2020). Satisfacción del usuario y calidad de atención del servicio de medicina interna del Hospital Daniel Alcides Carrión. Huancayo - Perú. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 20(3), 397-403. <https://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v20i3.3123> - Disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2308-05312020000300397&script=sci_arttext

García-Jiménez, R., Valero, I., Lara, M., García-Salmones, C., Salazar, I. & Oña, R. (2021). Evaluación de la efectividad y satisfacción de las pacientes tras miomectomía vchisteroscópica en consulta. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 86(4), 368-373. <https://dx.doi.org/10.24875/rechog.m21000015> - Disponible en https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262021000400368&script=sci_arttext

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. & Baptista Lucio, M.P. (2014). *Metodología de la investigación*. 6ta. Edición. 2014. Mcgraw-Hill/ Interamericana Editores, S.A. DE C.V: México. ISBN: 978-1-4562-2396-0. En <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>

Ministerio de Salud de Argentina (2021). *Normativa Resolución 1738/2021 RESOL-2021-1738-APN-M*. Ciudad de Buenos Aires, 16/06/2021. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-1738-2021-351616/texto>

Municipalidad de Rosario (10/10/2022). *Red de Salud*. En <https://datos.rosario.gob.ar/salud/red-de-salud>.

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2009). *Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009*. Disponible

en

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44233/9789243598598_spa.pdf?sequence=1

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2020). *Servicios sanitarios de calidad*. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services#:~:text=La%20calidad%20de%20la%20atenci%C3%B3n,profesionales%20basados%20en%20datos%20probatorios>.

Paredes, C. (2020). Calidad de atención y satisfacción del usuario externo del centro de salud de zona rural peruana. *Rev. RECIEN*. 2020;Vol. 9 / N° 1. Disponible en <http://revista.cep.org.pe/index.php/RECIEN/article/view/14/12>

Ponce-Gómez, J., Reyes-Morales, H. & Ponce-Gómez, G. (2006). Satisfacción laboral y calidad de atención de enfermería en una unidad médica de alta especialidad. *RevEnferm IMSS* 2006; 14 (2): 65-73. Disponible en http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/576/552

Riveros, S., & Berné, M. (2007). Análisis de la opinión de usuarios sobre calidad percibida y satisfacción con hospitales públicos: Estudio de caso desde la perspectiva de la aplicación del marketing. *Revista médica de Chile*, 135(7), 862-870. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872007000700006>. Disponible en https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872007000700006&script=sci_arttext&tIng=pt

Riveros, S., Berné, M., & Múgica, G. (2010). Gestión y satisfacción en servicios de salud de Chile: Contraste entre las percepciones de los funcionarios y los usuarios. *Revista médica de Chile*, 138(5), 630-638. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000500015> - Disponible en https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872010000500015&script=sci_arttext

Rojas Martínez, W. & Barajas Lizaraza, M.A. (2012). Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en el servicio de urgencias. *Revista Ciencia y*

Cuidado. Published by Universidad Francisco de Paula Santander. Online ISSN: 1794-9831. Año 9 N° 1 Julio 2012. Disponible en https://www.researchgate.net/publication/277272281_Percepcion_de_la_calidad_del_cuidado_de_enfermeria_en_el_servicio_de_urgencias/fulltext/5590e6f208ae47a3490ee94e/Percepcion-de-la-calidad-del-cuidado-de-enfermeria-en-el-servicio-de-urgencias.pdf

Roy, M-C. (2018). *Guía para el control de infecciones asociadas a la atención en salud. El quirófano*. International Society for Infectious Diseases ISID. Disponible en <https://isid.org/guia/prevencion/quiroyano/>

Serra Sutton, V., Solans Domènech, M. & Espallargues Carreras, M. (2010). Eficiencia en la utilización de bloques quirúrgicos. Definición de indicadores. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. AIAQS Núm. 2010/04. En http://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2011/pdf/eficiencia_bloques_quirurgicos_pnc_aiaqs2011.pdf

Servicio Andaluz de Salud (2010). *Cuestionario de Satisfacción –Client Satisfaction Questionnaire- (CSQ-8). Personas usuarias y familiares*. Anexo 3.3 de la publicación “Desarrollo de Programas de Tratamiento Asertivo Comunitario en Andalucía. Documento marco”. En https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2020/Anexo_3-3_CSQ.pdf

Tahua, A. (2019). Plan de mejora de la calidad del servicio de atención al usuario del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz – 2018. *Revista Gobierno y Gestión Pública. Vol. 6 Núm. 2 (2019): Julio - Diciembre*. Disponible en <https://revistagobiernoygestionpublica.usmp.edu.pe/index.php/RGGP/article/view/124/111>

Torres, M. (2011). *Modelo de Calidad de la Atención Médica de Avedis Donabedian*. INFOcalSER: Investigación en Calidad del Servicio, Información y Productividad. En <http://infocalser.blogspot.com/2011/10/modelo-de-calidad-de-la-atencion-medica.html>

Vargas González, V., Valecillos, J., & Hernández, C. (2013). Calidad en la prestación de servicios de salud: Parámetros de medición. *Revista de Ciencias Sociales (Ve)*, XIX(4), 663-671. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/280/28029474005.pdf>

Vázquez-Cruz, E., Sotomayor-Tapia, J., González López, A., Montiel-Jarquín, A., Gutierrez-Gabriel, I., Romero Figueroa, M., Loría-Castellanos, J. & Campos-Navarro L. (2018). Satisfacción del paciente en el primer nivel de atención médica. *Rev. Salud Pública*. 20 (2): 254-257, 2018. Disponible en <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2018.v20n2/254-257/es>

Anexos

Anexo I. Instrumento de recolección de datos número 1

Tabulación de resultados del checklist completado por enfermeros del servicio sobre dimensión de componentes estructurales del área y los indicadores que incluye cada subdimensión-P1: planta física, P2: equipamiento, P3: recurso material, P4: recurso humano-

Componente estructural del área					
P1 - Planta física		SI	NO	NO SABE	TOTAL
1,1	Los quirófanos se agrupan en una sola planta	22			22
1,2	Los quirófanos constituyen una unidad independiente	15	7		22
1,3	Están ubicados cerca de la Central de Esterilización		22		22
1,4	Están ubicados cerca de las áreas de internación más críticas.	8	14		22
1,5	La circulación esta demarcada por tres áreas claramente definidas: Área LIBRE, Área SEMIRRESTRINGIDA Y Área RESTRINGIDA		22		22
1,6	El acceso al quirófano propiamente dicho es LIMITADO	2	20		22
1,7	Cada quirófano cuenta con un sector de lavabos o piletas para el lavado de manos.	14	8		22
1,8	El sector de depósito de material usado está ubicado en forma contigua pero separada del área quirúrgica propiamente dicha.	21	1		22
1,9	La piletta para el lavado del instrumental es exclusiva para ese fin.	11	11		22
1,10	Los vestuarios y baños para el personal se ubican fuera de las áreas RESTRINGIDAS.	19	3		22
1,11	En relación a la circulación: se cuenta con amplitud suficiente para permitir los desplazamientos y maniobras de dos camillas simultáneamente. (Una interna: exclusiva del quirófano y una externa de circulación general).	20	2		22
1,12	El ingreso a la planta quirúrgica se realiza a través de los vestuarios.	22			22
1,13	El material estéril se recepciona a través de una ventanilla o puerta exclusiva para tal fin.	22			22
1,14	El material usado tiene salida por otra ventanilla o puerta distinta de la anterior.	19	3		22
1,15	Cuenta con sector de almacenamiento de material estéril.	21	1		22
1,16	Las condiciones de este sector asegurarán que no haya presencia de roedores o insectos	5	17		22

1,17	Los elementos depositados en el sector de almacenamiento están libres de contaminación con polvo.	3	19		22
1,18	La ropa sucia se almacena hasta su retiro, en sector alejado de las áreas restringidas y semirrestringidas.	15	7		22
1,19	Los elementos de higiene de la planta quirúrgica (balde, trapos de piso, secadores, detergentes, etc.) son exclusivos de la planta quirúrgica.	18	4		22
1,20	Se les destina un cuarto exclusivo para su guardado, con pileta cuyo único destino será la higiene de dichos elementos.	9	13		22
Totales		266	174	0	440
P2 -Equipamiento		SI	NO	NO SABE	TOTAL
2,1	Cada quirófano cuenta con una mesa quirúrgica.	22			22
2,2	Están dotados de: camillas internas rodantes y exclusivas.	21	1		22
2,3	Mesas para instrumental.	22			22
2,4	Contenedores rígidos para elementos punzantes y/o cortantes.	22			22
2,5	Un aspirador quirúrgico por quirófano.	22			22
2,6	Equipo de bisturí eléctrico por quirófano.	22			22
2,7	Carros de anestesia.	22			22
2,8	Monitores multiparamétricos.	22			22
2,9	Caja de paro.	17	5		22
2,10	Desfibrilador con paletas para adultos.	20	2		22
2,11	Desfibrilador con paletas para pediátricas.	1	21		22
2,12	Equipo de anestesia con oximetría, capnografía, respirador, etc.	22			22
2,13	Lámparas cialíticas.	22			22
2,14	Reloj.	21	1		22
2,15	Oxígeno en tubos en cantidad suficiente para traslado de usuarias.	5	17		22
2,16	Sostenes de sueros colgantes y móviles.	22			22
2,17	Cantidad de lebrillos suficientes, de fácil lavado y cubiertos por bolsas plásticas.	22			22
2,18	La planta quirúrgica cuenta con las cajas quirúrgicas necesarias para dar cumplimiento a las cirugías programadas y para las urgencias.	16	6		22
Totales		343	56	0	396
P3 - Recurso material		SI	NO	NO SABE	TOTAL
3,1	La vestimenta quirúrgica es exclusiva y se diferencia de la utilizada en el resto de la institución por su color, el que no se usa en otras áreas.	20	2		22
3,2	El sector de almacenamiento de elementos	6	16		22

	estériles cuenta con armarios con estantes.				
3,3	Los armarios cuentan con puertas de modo de evitar al mínimo la posibilidad de contaminación de los mismos.		22		22
3,4	Los armarios o estanterías estarán alejados de cañerías o lugares húmedos	14	8		22
Totales		40	48	0	88
3,5	¿Qué materiales de uso biomédico considera Usted que es un faltante habitual o que no ha sido considerado como parte del stock necesario?				
	Vendas elásticas			15	22
	Butterfly diferentes medidas			10	22
	Hemosuctores			8	22
	Hisopos			8	22
	Apósitos			6	22
	Microgoteros			5	22
	Perfus Sanguíneo			5	22
P4 - Recurso humano		SI	NO	NO SABE	TOTAL
4,1	La planta quirúrgica cuenta con: Jefe médico del sector	18	3	1	22
4,2	Médico cirujano	22			22
4,3	Ayudantes médicos	21	1		22
4,4	Jefe de anestesia	21	1		22
4,5	Anestesiastas	22			22
4,6	Jefe de enfermería	22			22
4,7	Instrumentador/a	22			22
4,8	Enfermero/a circulante	22			22
4,9	Neonatóloga/o	22			22
4,10	Mucama del sector	7	15		22
Totales		199	20	1	220

Anexo II. Instrumento de recolección de datos número 2

Tabulación de resultados del checklist completado por enfermeros del servicio sobre dimensión de componente de proceso y los indicadores que incluye cada subdimensión-A1: procesos previos a la inducción anestésica, A2: procesos previos a la incisión quirúrgica, A3: procesos previos a que la usuaria egrese del sector y A4: condiciones generales de seguridad de la usuaria.

Componentes de proceso					
A1 - Procesos pre-inducción anestésica		SI	NO	NO SABE	TOTAL
5,1	Se confirma la identidad de la usuaria	21	1		22
5,2	Se confirma el sitio quirúrgico	22			22
5,3	Se confirma el procedimiento quirúrgico	22			22
5,4	Se confirma el consentimiento informado	19	3		22
5,5	Se marca el sitio quirúrgico		21	1	22
5,6	Se realiza asepsia del sitio quirúrgico	22			22
5,7	Se verifica el equipo de anestesia	13	9		22
5,8	Se coloca el oxímetro de pulso y se verifica si funciona	21	1		22
5,9	Se corrobora la existencia de alergias conocidas en la usuaria	22			22
5,10	Se corrobora vía aérea difícil o riesgo de aspiración en el usuaria	12	10		22
5,11	Se verifica riesgo de hemorragia en la usuaria	18	4		22
5,12	Se prevé la disponibilidad de accesos intravenosos y soluciones parenterales adecuados	21	1		22
5,13	Se corrobora grupo y Rh sanguíneo de la usuaria	20	2		22
5,14	Se corrobora la existencia de hemoderivados disponibles	11	10	1	22
Totales		244	62	2	308
A2 - Procesos pre-incisión		SI	NO	NO SABE	TOTAL
5,15	Se confirma que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función con la usuaria y con el equipo	4	18		22
5,16	Anestesiólogo, cirujano y enfermera confirman verbalmente la identidad de la usuaria	14	8		22
5,17	Anestesiólogo, cirujano y enfermera confirman verbalmente el sitio quirúrgico	12	10		22
5,18	Anestesiólogo, cirujano y enfermera confirman verbalmente el procedimiento a realizar	15	7		22
5,19	El Cirujano revisa los pasos críticos o imprevistos, la duración de la cirugía y la pérdida de sangre prevista	16	5	1	22
5,20	El equipo de anestesia corrobora si la usuaria presenta algún problema específico	21	1		22
5,21	La enfermera e instrumentadora quirúrgica revisan si se confirma la esterilidad de los insumos (con	21	1		22

	resultados de los indicadores de esterilidad) y si existen dudas o problemas relacionados con el instrumental, equipos y el conteo del mismo necesario para el procedimiento.				
5,22	Enfermería y/o anestesiólogo confirman la aplicación profiláctica de antibiótica en los últimos 60 min.	21	1		22
5,23	Enfermería corrobora si el cirujano puede visualizar imágenes diagnósticas esenciales	14	8		22
Totales		138	59	1	198
A3 - Procesos pre-egreso		SI	NO	NO SABE	TOTAL
5,24	La enfermera confirmo verbalmente el nombre del procedimiento realizado	18	2	2	22
5,25	La enfermera e instrumentadora quirúrgica confirman verbalmente el recuento de instrumental quirúrgico, gasas y agujas	14	8		22
5,26	La enfermera e instrumentadora quirúrgica confirman verbalmente la identificación y etiquetado de muestras patológicas	18	3	1	22
5,27	La enfermera e instrumentadora quirúrgica confirma verbalmente si existen problemas relacionados con el instrumental y equipo	22			22
5,28	El cirujano, anestesiólogo y enfermera revisa los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento de la usuaria	20	2		22
5,29	Existen reportes de eventos adversos	15	7		22
Totales		107	22	3	132
A4 - Condiciones generales de seguridad de la usuaria		SI	NO	NO SABE	TOTAL
Existen normas y procedimientos sobre:					
5,1	Vestimenta.	7	15		22
5,2	Lavado de manos.	11	11		22
5,3	Ingreso al área quirúrgica.	5	17		22
5,4	Limpieza.	3	19		22
5,5	Procesamiento referido a recepción, limpieza y conservación del instrumental quirúrgico y otros.	4	18		22
5,6	Sobre verificación de elementos estériles almacenados.	1	21		22
5,7	Sobre el material estéril que llega al quirófano a través de carros. Si son seguros y prevengan riesgos de contaminación externa.	4	18		22
5,8	Ropería.	7	15		22
5,9	Antisépticos.	4	18		22
5,10	Higiene.	5	17		22
5,11	Basura.	2	20		22
5,12	Educación incidental y programada	10	12		22
5,13	Bioseguridad.	7	15		22
5,14	Colocación de venopunciones.	8	14		22
5,15	Colocación de sistemas de sondas o drenajes.	20	2		22

Totales	98	232	0	330
---------	----	-----	---	-----

Anexo III. Instrumento de recolección de datos número 3 -Cuestionario de Satisfacción (Client Satisfaction Questionnaire, CSQ-8)-

Por favor, para mejorar nuestros servicios nos gustaría hacerle algunas preguntas sobre la atención que usted ha recibido.

Nos interesa conocer su verdadera opinión, sea esta positiva o negativa. Por favor responda a todas las cuestiones que le planteamos. También le agradeceríamos que al final del cuestionario aportase sus comentarios y sugerencias. Tanto su identidad, como la información que brinde son confidenciales y están protegidas.

RODEE CON UN CIRCULO LA OPCIÓN CORRECTA A CADA PREGUNTA

1.- ¿Cómo evaluaría la calidad de los servicios que ha recibido?

4	3	2	1
Excelente	Buena	Regular	Mala

2.- ¿Recibió la clase de servicio que usted requería?

4	3	2	1
No, definitivamente	En muy pocos casos	Sí, en general	Sí, definitivamente

3.- ¿Hasta qué punto ha ayudado nuestro servicio a solucionar sus problemas?

4	3	2	1
En casi todos	En la mayor parte	Solo en algunos	En ninguno

4.- ¿Si un/a amigo/a estuviera en necesidad de ayuda similar, le recomendaría nuestro servicio?

4	3	2	1
No, definitivamente	No, creo que no	Sí, creo que si	Sí, definitivamente

5.- ¿Cómo de satisfecha esta usted con la cantidad de ayuda que ha recibido?

4	3	2	1
Nada satisfecha	Indiferente o moderadamente no satisfecha	Moderadamente satisfecha	Muy satisfecha

6.- ¿Los servicios que ha recibido le han ayudado a enfrentarse mejor a sus problemas?

4	3	2	1
Sí, me ayudaron mucho	Sí, me ayudaron algo	No, realmente no me ayudaron	No, parecían poner las cosas peor

7.- ¿En general, cómo de satisfecho/a está usted con los servicios que ha recibido?

4	3	2	1
Muy satisfecha	Moderadamente satisfecha	Algo insatisfecha	Muy Insatisfecha

8.- ¿Si necesitara ayuda otra vez volvería a nuestro servicio?

4	3	2	1
No, definitivamente	No posiblemente	Sí, creo que sí	Sí, con seguridad

Por favor escriba aquí sus comentarios y sugerencias:

Lo que más me ha gustado de la atención que he recibido ha sido:

Creo que se tendría que mejorar:

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA

Título del proyecto: “Valoración de la gestión de un área quirúrgica en relación a los componentes de un modelo de gestión de calidad en una maternidad pública de la ciudad de Rosario durante marzo de 2019”.

Investigadores: Lic. Luis Antonio Mansilla.

Sede donde se realizará el estudio: Universidad Nacional de Rosario. Facultad de Ciencias Médicas.

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación de enfermería.

Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted decide participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento informado.

Justificación de estudio

El trabajo proporcionará una valoración de la gestión de un área quirúrgica en relación a los componentes de un modelo de gestión de calidad en una maternidad pública de la ciudad de Rosario durante marzo de 2019. Esta información puede mejorar el servicio que se brinda a las usuarias y favorecer los componentes de estructura y procesos de los que participan los enfermeros e instrumentadores del sector.

También aportará una visión y herramientas con las que se puede mejorar y rediseñar las actividades del sector para hacerlo más eficiente, seguro y adaptado a las necesidades de las usuarias.

¿Tendré riesgos por participar?

No existen riesgos asociados al participar en este estudio.

¿Cómo mantendrán la confidencialidad de mis datos personales? ¿Cómo harán para que mi identidad no sea conocida?

Los datos que lo identifiquen serán tratados en forma confidencial como lo exige la Ley. Ud. no podrá ser identificado y para ello se le asignará un código. En caso de que los resultados de este estudio sean publicados o presentados en congresos de Instrumentación Quirúrgica, su identidad no será revelada.

¿Me pagarán por participar?

No se le pagará por su participación en este estudio.

Consentimiento informado (Hoja de Firmas)


He leído la hoja de información del Consentimiento Informado, he recibido una explicación satisfactoria sobre el estudio y su finalidad. He quedado satisfecho con la información recibida, la he comprendido y se me han respondido todas mis dudas. Comprendo que mi decisión de participar es voluntaria. Presto mi consentimiento para el estudio.

Firma, aclaración, número de documento del sujeto y fecha.


Anexo V. Manual de aplicación de la Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía (OMS, 2009)

Lista de verificación de la seguridad de la cirugía		Organización Mundial de la Salud <small>Una alianza mundial para una atención más segura</small>	Seguridad del Paciente <small>Una alianza mundial para una atención más segura</small>
Antes de la inducción de la anestesia	Antes de la incisión cutánea	Antes de que el paciente salga del quirófano	
(Con el enfermero y el anestesista, como mínimo)	(Con el enfermero, el anestesista y el cirujano)	(Con el enfermero, el anestesista y el cirujano)	
¿Ha confirmado el paciente su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede	<input type="checkbox"/> Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función <input type="checkbox"/> Confirmar la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento	El enfermero confirma verbalmente: <input type="checkbox"/> El nombre del procedimiento <input type="checkbox"/> El recuento de instrumentos, gases y agujas <input type="checkbox"/> El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente) <input type="checkbox"/> Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos	
¿Se ha marcado el sitio quirúrgico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede	¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede	¿Se ha completado la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> Sí	
¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona? <input type="checkbox"/> Sí	Previsión de eventos críticos Cirujano: <input type="checkbox"/> ¿Cuáles serán los pasos críticos o no sistematizados? <input type="checkbox"/> ¿Cuánto durará la operación? <input type="checkbox"/> ¿Cuál es la pérdida de sangre prevista?	¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede	
¿Tiene el paciente...	Anestesista: <input type="checkbox"/> ¿Presenta el paciente algún problema específico?	Cirujano, anestesista y enfermero: <input type="checkbox"/> ¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento de este paciente?	
... Alergias conocidas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Equipo de enfermería: <input type="checkbox"/> ¿Se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores)? <input type="checkbox"/> ¿Hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos?		
... Via aérea difícil / riesgo de aspiración? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, y hay instrumental y equipos / ayuda disponible			
... Riesgo de hemorragia > 500 ml (7 ml/kg en niños)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, y se ha previsto la disponibilidad de líquidos y dos vías IV o centrales			
La presente lista no pretende ser exhaustiva.	Se recomienda completarla o modificarla para adaptarla a la práctica local.	Revisado 1 / 2009	© OMS, 2009

Anexo VI. Autorización institucional


MUNICIPALIDAD DE ROSARIO

**Comité de Docencia e Investigación
Maternidad Martin**


Maternidad
Martin

ASUNTO: Solicitud para realizar el proyecto: "Componentes de la calidad de atención y eficiencia en la utilización del área quirúrgica".

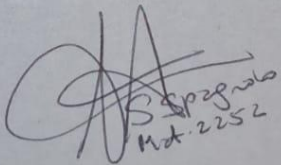
SOLICITANTE: Lic. Luis Antonio Mansilla.

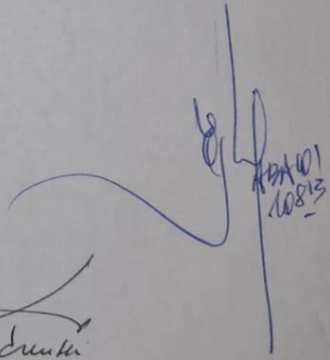
PRIORIDAD: Alta

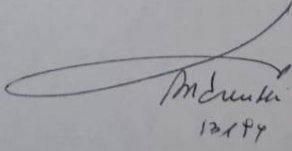
CONSIDERACIONES: La documentación presentada detalla claramente los objetivos, metodología y descripción del proyecto.


RESOLUCIÓN: Los miembros del Comité de Docencia e Investigación de la Maternidad Martin, reunidos el 14 de Junio de 2016 a efectos de evaluación de la solicitud arriba mencionada, sugieren su aprobación.

Comuníquese a la Dirección de la Maternidad Martin.


B. Spagnolo
Mat. 2252


Mat. 01
16813


M. Sunkin
12194


Dra. Liliana B. Benegas
Pediatra Infectóloga
Mat.: 7729
Reg. N° 226/0006