



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
CALIDAD ASISTENCIAL

Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



ORIGINAL

La calidad en el Bloque Quirúrgico del Hospital Clínico San Cecilio. La perspectiva del cliente interno



A. Danet-Danet^{a,b,c,*}, A. Palacios-Córdoba^d y J.C. March-Cerdá^{a,b,c}

^a CIBER Epidemiología y Salud Pública, Madrid, España

^b Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), Granada, España

^c Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada, Granada, España

^d Complejo Hospitalario Universitario Granada, Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España

Recibido el 23 de mayo de 2016; aceptado el 26 de agosto de 2016

Disponible en Internet el 22 de octubre de 2016

PALABRAS CLAVE

Calidad;
Satisfacción;
Bloque quirúrgico;
Hospital

Resumen

Objetivo: Evaluar la calidad de los servicios prestados por el Bloque Quirúrgico (BQ) del Hospital Clínico Universitario San Cecilio (HUSC), desde el punto de vista del personal sanitario del hospital.

Material y métodos: Emplazamiento: Andalucía. Participantes: 134 profesionales con contacto con el BQ del HUSC. Instrumento: cuestionario de elaboración propia, con las siguientes dimensiones: accesibilidad, trato personal, confortabilidad, calidad científico-técnica (escala 1-5 puntos), satisfacción global (escala 0-10) y propuestas de mejora. El análisis incluyó estudio descriptivo, correlación, diferencia de medias (según sexo, frecuencia de la relación y unidad de gestión clínica [UGC]) y modelo de regresión lineal.

Resultados: La calidad del trato tuvo una media de 4,2 puntos (DT 0,5), la calidad científico-técnica de 4,0 (DT 0,5), la accesibilidad de 3,3 (DT 0,7), el confort del personal sanitario de 3,3 puntos (DT 0,9) y de los pacientes de 2,6 (DT 1,0). La satisfacción total con las prestaciones del BQ fue de 7,1 (escala 0-10).

La evaluación del BQ es mejor entre las mujeres y las UGC con menos de 10 profesionales. Peor valoración se recibe por parte de las UGC con contacto diario con el BQ. Entre las propuestas de mejora se recogieron: reducir listas de espera, crear espacios de información a familiares, mejorar las condiciones laborales, la formación y la satisfacción del personal del BQ, la comunicación y colaboración interprofesional.

Conclusiones: La evaluación realizada por profesionales sanitarios de otras UGC muestra la necesidad de formación del personal del BQ, así como de intervenciones en la organización e infraestructuras, con el objetivo de mejorar la calidad asistencial y la satisfacción general de profesionales y ciudadanía.

© 2016 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alina.danet.easp@juntadeandalucia.es (A. Danet-Danet).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2016.08.001>

1134-282X/© 2016 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Quality;
Satisfaction;
Anaesthesia
department;
Hospital

Quality in the anesthesia department of San Cecilio Hospital from the professionals' perspective

Abstract

Objective: To evaluate the quality of the services provided by the anaesthesia department of the San Cecilio Clinical University Hospital, from the health professionals' point of view.

Material and methods: Location: Andalusia. Participants: 134 health professionals in contact with the hospital anaesthesia department. Tool: self-administered questionnaire, measuring: accessibility, personal treatment, comfort, scientific and technical quality (scale 1 to 5), overall satisfaction (scale 0 to 10), and suggestions for improvement. A descriptive statistical and correlation analysis were performed, including mean differences (by sex, frequency of contact with the anaesthesia department, and unit), as well as a regression model.

Results: The quality of personal treatment received a mean of 4.2 points (SD 0.651), the scientific and technical quality 4.00 points (SD 0.532), accessibility 3.3 (SD 0.795), professional comfort 3.30 (SD 0.988), and patient comfort 2.62 points (SD 1.051). Overall satisfaction obtained a mean of 7.1 points (0 to 10 scale).

Women and professionals working in units with less than 10 people had a better general evaluation of the anaesthesia department. The worse perspective was that of staff with daily contact with the anaesthesia department. Among the suggestions for improvement there were: Reducing waiting lists, creating special rooms to give information to families, improving working conditions, training and work satisfaction for staff, and achieving better communication and collaboration between health professionals.

Conclusions: The internal evaluation shows the need for training strategies and organisational interventions in the anaesthesia department, in order to achieve a better quality and satisfaction for both professionals and patients.

© 2016 SECA. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Con el objetivo de implementar soluciones organizativas y técnicas de calidad, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía puso en marcha el modelo de gestión por procesos¹⁻³, que parte de la unidad de gestión clínica (UGC) (definida como equipo multidisciplinar que aborda de manera integrada las actuaciones), como nivel básico de gestión⁴ y organiza la actividad asistencial con base en procesos asistenciales integrados (PAI), definidos como el conjunto de actuaciones multidisciplinarias dirigidas a dar respuesta integral continuada y coordinada a las necesidades del paciente como sujeto activo⁵.

En la actualidad, el Mapa de Procesos Asistenciales Integrados del Sistema Sanitario Público de Andalucía está formado por 69 PAI y 5 procesos de soporte, capaces de aportar valor añadido al proceso asistencial⁴.

En el proceso de soporte, el Bloque Quirúrgico (BQ) incluye el conjunto de actividades asistenciales y no asistenciales centradas en los y las pacientes con una indicación quirúrgica, destinadas a la resolución integral del procedimiento indicado⁶. Las actividades asistenciales del BQ engloban varias fases como la indicación quirúrgica y obtención del consentimiento informado, la programación quirúrgica, la evaluación preanestésica, las intervenciones pre-, intra- y postoperatorias, mientras que las actividades de apoyo se refieren a la prevención, control y bioseguridad, así como al funcionamiento óptimo de instalaciones y materiales⁷.

Desde esta perspectiva, el BQ se contempla como un sistema que funciona a través del compromiso de sus

profesionales, en sintonía, sincronía y corresponsabilidad con los resultados⁸. Ligado a este cambio cultural, las competencias técnicas y científicas de la especialidad médica en anestesiología se deben enriquecer con nuevas competencias y responsabilidades tecnológicas, relacionales y comunicacionales⁹, así como de gestión y racionalización del consumo de recursos¹⁰.

Actualmente, en la medición de la calidad asistencial del BQ, se está enfocando la atención en los y las pacientes en el proceso quirúrgico. Esto determina que, en la evaluación de la calidad y de la satisfacción con la prestación asistencial del BQ, se hayan priorizado sus opiniones, expectativas y necesidades. Son muchos los trabajos disponibles en la bibliografía que ponen de manifiesto la importancia de la comunicación, trato y confianza, además de los aspectos clínicos y técnicos en la evaluación de la satisfacción con la asistencia quirúrgica, desde la perspectiva de los y las pacientes¹¹⁻¹⁹. También disponemos de estudios recientes sobre la importancia de la calidad de las relaciones, comunicación y coordinación interprofesional alrededor del acto quirúrgico^{14,20,21}, así como de indicadores de resultados de la actividad clínica realizada en los BQ de los hospitales. Sin embargo, se observa una escasa atención a cómo el cliente interno del BQ —el personal sanitario de otras UGC—, percibe la calidad de las actuaciones prestadas por el BQ.

Este estudio parte de la importancia de evaluar no solo los resultados obtenidos, la continuidad y coordinación inter-niveles o la satisfacción de la ciudadanía, sino también la implicación y las opiniones de profesionales sanitarios que están en contacto con la actividad del BQ. Para ello, incorporamos la perspectiva de Moral²², que cita entre las

dimensiones de la calidad de los servicios quirúrgicos prestados: la seguridad, eficacia, los servicios sanitarios centrados en el paciente, celeridad, eficiencia y equidad.

El objetivo de este estudio es evaluar la calidad de los servicios prestados por la UGC BQ del HUSC, desde el punto de vista del cliente interno hospitalario: el personal sanitario de otras UGC del hospital.

Material y métodos

Diseño exploratorio transversal descriptivo cuantitativo, realizado en el HUSC en 2014, antes de la convergencia hospitalaria del Complejo Hospitalario Universitario de Granada.

Participantes

La población del estudio fue el total de 134 profesionales del HUSC, con los siguientes criterios de inclusión: 1) ser personal facultativo, matronas, supervisores de enfermería o personal administrativo de los servicios quirúrgicos; 2) tener contacto con el BQ, incluyendo cita de preanestesia o gestión de lista de espera quirúrgica. Los criterios de exclusión fueron: 1) ser médico interno residente y 2) tener menos de un año de experiencia en el hospital.

En la selección de participantes se empleó un procedimiento no probabilístico de muestreo voluntario y el contacto se realizó a través de los directores de las UGC participantes en el estudio.

Recogida de datos

Se empleó un cuestionario autoadministrado con escala Likert, de elaboración propia, de 20 preguntas, adaptado de la escala de evaluación de calidad Servqual²³ y de la encuesta de calidad de la atención hospitalaria SERVQHOS²⁴, previamente validado para el cliente interno hospitalario. Las dimensiones estudiadas fueron: accesibilidad, trato personal, confortabilidad, calidad científico-técnica (todas en

escala 1-5) y satisfacción global (en escala 0-10). Se incluyó una pregunta abierta de propuestas de mejora. Los datos sociodemográficos recogidos fueron: edad, sexo, categoría profesional, tipo de contrato laboral, frecuencia de la relación con la UGC BQ y UGC de pertenencia.

Análisis de datos

Se empleó el *software* SPSS 15.0. Para cada dimensión se calculó un índice total, como media de las respuestas correspondientes. Se realizó: 1) estadística descriptiva de las dimensiones estudiadas, con medidas de posición y dispersión, y segmentación por variables independientes; 2) análisis de correlación de los índices calculados; 3) análisis bivalente de diferencia de medias (prueba t de Student para muestras independientes o análisis de ANOVA) según sexo, frecuencia de la relación con BQ y UGC. Para el estudio bivalente por UGC se reagruparon en función del tamaño poblacional en UGC < 10 profesionales y UGC > 10 profesionales; 4) modelo de regresión lineal para la variable dependiente «satisfacción global». Se comprobaron la normalidad y homocedasticidad de los datos, a través de un histograma de residuos y un gráfico de dispersión con residuos y predicciones en SPSS.

Resultados

El porcentaje de participación en el estudio fue del 50,3%. (N=68) La [tabla 1](#) recoge la distribución de la población de estudio por UGC. El 60,3% (N=41) fueron hombres, el 19,1% (N=13) mujeres y el 20,6% (N=14) NS/NC. Por categoría profesional: el 76,5% (N=52) fue personal facultativo, el 1,5% (N=1) personal enfermero, el 2,9% (N=2) personal de administración y el 19,1% (N=13) NS/NC. El 64,7% (N=44) de las personas que contestaron el cuestionario tuvieron un contrato laboral fijo, el 14,7% (N=10) contrato eventual y el 20,6% (N=14) NS/NC.

Los resultados mostraron una evaluación positiva de la calidad del trato (media 4,2; DT 0,5) y de la calidad

Tabla 1 Descripción de la población participante en el estudio

Unidad de Gestión Clínica	Población de estudio	N participación			% total de participación
		Mujeres N	Hombres N	NS/NC N	
Cirugía General	26	4	11	5	76,9
Traumatología y Cirugía Ortopédica	23	1	6	1	34,8
Obstetricia y Ginecología	22	2	1	-	13,6
Urología	15	0	5	2	46,6
Otorrinolaringología	11	1	3	2	54,5
Aparato Digestivo	10	0	2	1	30,0
Angiología y Cirugía Vascular	10	1	5	2	80,0
Oftalmología	6	0	1	-	16,6
Radiodiagnóstico	5	2	2	-	80,0
Dermatología	4	2	2	-	100,0
Neumología	3	0	3	-	100,0
NS/NC	1	-	-	1	-
Total		13	41	14	
Total	135			50,3	

Tabla 2 Resultados en función de sexo

Dimensiones	Media		Diferencia de medias	Intervalo de confianza para la diferencia	p
	Mujeres (N = 13)	Hombres (N = 41)			
Índice de accesibilidad	3,5	3,2	-0,264	(-0,866-0,337)	0,248
Índice de calidad del trato	4,2	4,2	-0,038	(-0,406-0,330)	0,163
Índice de comodidad, bienestarabilidad	3,3	2,8	-0,468	(-1,086-0,151)	0,437
Índice de calidad científico-técnica	4,2	3,9	-0,292	(-0,662-0,079)	0,349
Índice de satisfacción global ^a	7,7	7,0	-0,719	(-1,891-0,452)	0,039

^a Diferencia significativa estadísticamente.

científico-técnica del BQ (media 4,0; DT 0,5). El índice de accesibilidad se situó en un valor medio de 3,3 (DT 0,7) y la peor valoración se hizo sobre el grado de confortabilidad: el bienestar del personal sanitario registró una media de 3,3 (DT 0,9) y el de los y las pacientes 2,6 (DT 1,0). La satisfacción total con las prestaciones del BQ fue de 7,1 (escala 0-10).

El estudio de correlación para la variable «satisfacción global» mostró un índice de correlación de 0,797 con la accesibilidad, 0,731 con la calidad científico-técnica, 0,578 con la calidad del trato y 0,575 con el grado de confortabilidad; todos los valores fueron estadísticamente significativos.

En todas las dimensiones estudiadas se observaron diferencias por sexo (tabla 2), con una mayor percepción de calidad por parte de las mujeres y diferencias estadísticamente significativas para la satisfacción global.

En la frecuencia de la relación con el BQ, no se mantuvo una tendencia lineal, observándose una mejor percepción del BQ en la relación de tipo semanal (tabla 3). En general, el contacto diario con la unidad generó una evaluación peor en el estudio bivalente, con datos estadísticamente significativos en la valoración del tiempo de espera para el estudio preoperatorio, el respeto a la confidencialidad y el bienestar de los y las pacientes.

Los resultados por UGC de pertenencia se presentan en la tabla 4. Las UGC con menos de 5 cuestionarios respondidos se agruparon en la categoría «otras unidades». Los datos revelaron distinta valoración en todas las dimensiones de estudio, con diferencias significativas en el índice total de accesibilidad y de calidad del trato, así como en las preguntas sobre adaptación y compromiso, agilidad y rapidez, respeto a la confidencialidad, confortabilidad de los y las pacientes, seguridad del paciente y satisfacción global. Las personas encuestadas pertenecientes a la UGC de Traumatología reflejaron la peor valoración general del BQ, mientras que la mejor visión sobre el BQ se originó en «otras UGC», ORL y Urología (salvo en la dimensión de confortabilidad).

En el estudio de las diferencias por UGC en función del número de profesionales que las conforman, se observó una mejor valoración del BQ por parte de las UGC con menos de 10 profesionales (tabla 5).

En el estudio de regresión para la variable dependiente «satisfacción global» el perfil de la constante fue: hombre, perteneciente a UGC < 10 profesionales, con relación diaria con el BQ ($B = 7,689$). Los datos confirman los resultados del análisis bivalente: mejor valoración por parte de las mujeres (coeficiente $B = 0,610$; $p = 0,316$) y del personal con

relación semanal y mensual ($B = 0,614$; $p = 0,623$; $b = 0,597$; $p = 0,643$). En las unidades con >10 profesionales la satisfacción con el BQ fue peor ($B = -1,597$).

Las propuestas de mejora recogidas (tabla 6) revelaron la preocupación del personal encuestado por cuestiones que afectan al paciente y su entorno (listas de espera para el estudio preoperatorio y para la intervención quirúrgica programada, falta de espacio adecuado para la información a los familiares), así como a los propios profesionales (formación y mayor especialización del personal del BQ, mejora de las condiciones laborales, satisfacción y motivación del personal). Otra línea de mejora que se identificó fue la organización del trabajo y la comunicación y colaboración interprofesional.

Discusión

El estudio tiene varias limitaciones. En primer lugar, la escasa participación en el estudio, especialmente entre los y las profesionales de las UGC más grandes. La dispersión de las respuestas en función de UGC y de la frecuencia en la relación con el BQ genera una representación escasa de algunos perfiles sociodemográficos. Por último, cabe mencionar la limitación inherente a la investigación cuantitativa: la dificultad de conocer en profundidad las opiniones de las personas encuestadas. Para reducir esta limitación se incluyó en el cuestionario una pregunta abierta de propuestas de mejora, aunque sería necesario ampliar este trabajo con un enfoque mixto que incorporara técnicas cualitativas, que permiten enriquecer y contextualizar mejor los resultados²⁵. Pese a estas limitaciones, cabe destacar las ventajas del cuestionario, que permite extrapolar los datos y compararlos con otros estudios similares.

Un primer resultado de este estudio revela la mejor valoración del BQ por parte de las mujeres, pese a la masculinización generalizada de las especialidades médico-quirúrgicas y de la escasa participación del personal de enfermería en este estudio, cuestión que desde las teorías feministas podría explicarse por la metáfora del techo de cristal²⁶. Esta mejor valoración por parte de las profesionales es coherente con resultados de estudios similares sobre el trabajo en equipo y la valoración del liderazgo en el ámbito sanitario²⁷.

La frecuencia de las relaciones con el BQ aparece como un factor determinante en la evaluación del BQ, al igual que el tamaño de las UGC. El contacto diario conlleva una

Tabla 3 Resultados en función de la frecuencia de la relación con la UGC BQ

Variables y dimensiones	Frecuencia de la relación con la UGC BQ			p
	Diaria	Semanal	Mensual	
Accesibilidad (escala 1-5)				
N (%)	32	19	2	
Índice total	3,1	3,6	4,0	0,188
Tiempo de espera para estudio preoperatorio ^a	2,3	3,2	3,8	0,015
Gestión de trámites	3,5	3,6	3,5	0,962
Adaptación y compromiso	3,2	3,5	2,5	0,444
Cartera de servicios	3,6	3,7	3,5	0,880
Agilidad y rapidez	3,6	3,9	4,0	0,296
Anestesiólogo de guardia	3,0	3,8	3,3	0,122
Calidad del trato personal (escala 1-5)				
N (%)	32	18	3	
Índice total	4,1	4,4	4,1	0,180
Trato con pacientes y familiares	4,2	4,5	4,8	0,577
Respeto a la intimidad	4,0	4,3	3,5	0,116
Respeto a la confidencialidad de los datos ^a	4,1	4,4	4,0	0,059
Trato con profesionales	4,1	4,3	4,8	0,096
Confortabilidad (escala 1-5)				
N	32	19	2	
Índice total	2,8	3,2	2,2	0,174
Confortabilidad para pacientes ^a	2,4	3,1	1,5	0,027
Confortabilidad para profesionales	3,2	3,4	3,0	0,821
Calidad científico-técnica (escala 1-5)				
N	32	19	3	
Índice total	3,9	4,0	4,6	0,428
Fiabilidad de informes preoperatorios	4,0	3,9	4,0	0,688
Fiabilidad de técnicas en quirófano	4,2	4,4	4,0	0,579
Fiabilidad de cuidados en UCI	4,2	4,3	4,0	0,740
Fiabilidad de las técnicas en Unidad del Dolor	4,1	4,0	4,0	0,898
Protocolos de actuación	3,6	3,5	4,0	0,814
Plan de formación	3,3	3,3	3,0	0,880
Competencia profesional	4,0	4,3	5,0	0,263
Seguridad del paciente	3,8	4,2	4,5	0,236
Satisfacción global (escala 1-10)				
N	29	19	2	
Satisfacción global	6,9	7,5	6,5	0,434

En negrita, los valores de los índices generales.

^a Diferencia significativa estadísticamente.

peor visión, que podría basarse en un desgaste natural de las relaciones y, a la vez, puede deberse a un conocimiento más profundo de las características de funcionamiento interno del BQ, incluidas sus debilidades. Esta hipótesis explicativa viene reforzada por la evaluación negativa de las UGC más grandes, con mayor prestación quirúrgica, como las UGC de Traumatología, Cirugía Vascular o Cirugía General.

La dimensión mejor evaluada en todas las UGC es la calidad del trato, mientras que la más deficitaria es la confortabilidad. Estos resultados son coherentes con la visión de la ciudadanía que, en general, valora positivamente la amabilidad y cortesía del personal sanitario, pero considera mejorable la comodidad en el ámbito hospitalario del Servicio Andaluz de Salud^{28,29}.

Al observar los resultados en función de la UGC, llama la atención la reducida valoración del BQ por parte de las UGC > 10 profesionales (especialmente Traumatología,

Cirugía General y Cirugía Vascular), incluso en las dimensiones de calidad del trato y calidad científico-técnica. Concretamente, tienen peor puntuación la competencia profesional y la orientación a la seguridad del paciente. Estos datos deberían orientar las estrategias de formación continua del personal sanitario del BQ, partiendo del conocimiento de primera mano de las necesidades formativas, expresadas por los propios profesionales³⁰.

Las propuestas de mejora que se recogen en este estudio también ofrecen claves importantes para adecuar las prestaciones, funcionamiento y satisfacción del BQ. Estas confirman la necesidad de mejorar la comodidad, información y comunicación con pacientes y familiares, a través de mejoras en las infraestructuras hospitalarias, ya que la satisfacción con la consulta de preanestesia se relaciona con la calidad del acto comunicativo entre paciente y personal sanitario¹⁷.

Tabla 4 Resultados en función de la UGC

Variables y dimensiones	UGC						p
	Cirugía general	Traumatología	Urología	Cirugía vascular	ORL	Otras	
Accesibilidad (escala 1-5)							
N	20	7	7	7	6	19	
Índice total ^a	3,1	2,9	3,7	2,7	3,7	3,9	0,005
Estudio preoperatorio	2,1	2,4	3,3	2,3	2,5	3,2	0,080
Gestión de trámites	3,7	3,0	3,7	2,9	4,0	3,8	0,108
Adaptación y compromiso ^a	3,1	2,4	4,3	2,7	3,0	4,0	0,005
Cartera de servicios	3,5	3,3	4,3	3,3	3,8	3,9	0,088
Agilidad y rapidez ^a	3,6	3,1	4,4	3,3	4,3	4,0	0,008
Anestesiólogo de guardia ^a	3,1	3,4	3,0	1,7	4,2	4,1	0,000
Calidad del trato personal (escala 1-5)							
N	20	7	5	7	6	17	
Índice total ^a	4,1	3,6	4,7	4,2	4,3	4,4	0,012
Trato con pacientes y familiares	4,1	3,4	4,4	4,4	4,2	4,4	0,065
Respeto a la intimidad ^a	4,0	3,4	4,8	4,0	4,0	4,4	0,005
Respeto a la confidencialidad ^a	4,0	3,9	4,6	4,2	4,3	4,4	0,035
Trato con profesionales	4,2	3,9	4,8	4,3	4,5	4,5	0,114
Confortabilidad (escala 1-5)							
N	20	7	5	7	6	17	
Índice total	2,8	2,9	2,4	2,7	3,2	3,5	0,082
Confortabilidad para pacientes ^a	2,5	2,6	1,8	2,0	2,7	3,3	0,037
Confortabilidad para profesionales	3,0	3,1	3,0	3,4	6,7	3,8	0,163
Calidad científico-técnica (escala 1-5)							
N	20	7	7	7	6	19	
Índice total	3,9	3,7	3,9	3,8	4,1	4,2	0,166
Fiabilidad de informes preoperatorios	3,9	4,1	3,6	3,4	4,3	4,2	0,125
Fiabilidad de técnicas en quirófano	4,2	3,9	4,2	4,3	4,2	4,4	0,486
Fiabilidad de cuidados en UCI	4,3	4,1	4,6	3,9	4,3	4,4	0,360
Fiabilidad de las técnicas en Unidad del Dolor	4,3	3,6	3,9	4,1	3,8	4,4	0,102
Protocolos de actuación	3,6	3,4	3,0	3,4	4,0	4,0	0,234
Plan de formación	3,1	3,0	3,4	3,1	3,7	3,7	0,225
Competencia profesional ^a	4,0	3,6	4,7	4,0	4,2	4,5	0,015
Seguridad del paciente ^a	3,8	3,7	4,6	3,3	4,2	4,4	0,007
Satisfacción global (escala 1-10)							
N	18	7	7	7	5	18	
Satisfacción global ^a	6,8	5,6	7,7	6,0	7,6	8,2	0,000

En negrita, los índices totales.

^a Diferencia significativa estadísticamente.

Con respecto a la satisfacción global con el BQ, la población de nuestro estudio sitúa la accesibilidad y la calidad científico-técnica como las dimensiones más relevantes. Para los y las pacientes, el tiempo de espera y el control

del dolor son precisamente las cuestiones con mayor peso en la satisfacción con las intervenciones quirúrgicas^{31,32}. En nuestro trabajo, la accesibilidad del BQ se valora adecuadamente y las técnicas y tratamientos de la Unidad del Dolor

Tabla 5 Resultados en función del tamaño de la UGC

Dimensiones	Media		Diferencia de medias	Intervalo de confianza para la diferencia	p
	<10 profesionales (N = 11)	>10 profesionales (N = 50)			
Índice de accesibilidad	4,0	3,3	0,694	(0,156-1,232)	0,003
Índice de calidad del trato	4,5	4,1	0,465	(0,119-0,811)	0,009
Índice de confortabilidad	3,7	2,8	0,862	(0,304-1,420)	0,003
Índice de calidad científico-técnica	4,2	3,9	0,330	(0,007-0,653)	0,045
Índice de satisfacción global ^a	8,3	6,9	1,482	(0,611-2,353)	0,001

^a Diferencia significativa estadísticamente.

Tabla 6 Propuestas de mejora

Dimensiones	Aspectos mejorables	Propuestas de mejora
Organización y dinámica de trabajo	Estudio preoperatorio	<i>Aumentar el número de consultas de anestesia para acortar el tiempo del estudio preoperatorio. Los preanestésicos solicitados «preferentes» deberán realizarse en mucho menos tiempo. Por regla general son tumores malignos con gran capacidad metastásica que deben ser extirpados lo más precozmente posible</i>
	Optimización y rendimiento en quirófano	<i>Mayor número de anestelistas por las guardias Aumento del número de anestelistas de guardia que puedan atender la necesidad de intervención urgente Inicio antes de la cirugía Recepción a las 08:10 h en quirógrafo Disminución de tiempos muertos. Disminución de quirófanos por falta de tiempo Reducción del tiempo entre pacientes optimizando la labor del personal celador y de limpieza Evitar tiempos muertos entre intervenciones Evitar la suspensión de pacientes en quirófanos programados Puntualidad a la llegada a quirófano</i>
	Aspectos clínicos y organizativos	<i>Todos los pacientes deberían llevar el control de RX realizado al llegar a planta Dinámica de trabajo La forma de sacar a los pacientes debería consensuarse con la planta (no siempre salen hemodinámicamente estables) y se sacan sin tener en cuenta la actividad de la planta Atención a pacientes críticos en reanimación</i>
	Especialización profesional	<i>Mayor grado de subespecialización de los médicos anestelistas en las distintas áreas de su especialidad, especialmente en la de cuidados críticos (Reanimación) Especialización de los profesionales, en función de sus afinidades, en determinadas técnicas</i>
Profesionales	Mejora de condiciones y satisfacción profesional	<i>Personal de enfermería fijo en quirófano y especializado Mayor disponibilidad personal de urgencias (tarde, noches, fines de semana) Mejorar motivación del personal Mejorar la ilusión del personal Eliminar la insatisfacción del personal</i>
	Colaboración y comunicación interprofesional	<i>Alguna sesión clínica conjunta para acercar criterios en ciertos problemas Consensuar en las unidades quirúrgicas la elaboración de los partes quirúrgicos para reducir el índice de cancelación y aumento del índice de ocupación del quirófano</i>
	Infraestructuras	<i>Convendría disponer de una habitación para informar a los familiares sobre las intervenciones quirúrgicas realizadas, postoperatorio, diagnóstico, expectativas, etc. De esa forma se reforzaría la confidencialidad informativa Un aspecto importante es que no existe un despacho para informar a los familiares de los pacientes operados y ha de hacerse en el pasillo Salas de espera quirúrgica, intimidad del paciente Instalaciones idóneas para el paciente</i>
Pacientes	Atención a pacientes y familiares	<i>Poco compromiso con la atención al paciente El paciente también es suyo. Las listas de espera son del SAS pero las debemos resolver todos los trabajadores</i>

se consideran, en general, fiables. Sin embargo, las personas encuestadas refieren la necesidad de reducir los tiempos de espera y mejorar la eficiencia de los quirófanos. Las propuestas, acordes con otros trabajos disponibles³³, incluyen mejorar el flujo comunicacional y la colaboración interprofesional, fijar metas comunes orientadas al paciente y asegurar una fluidez adecuada de los trámites que realiza el BQ con otras UGC.

La evaluación realizada por profesionales sanitarios de otras UGC muestra la necesidad de formación del personal del BQ, así como de intervenciones en la organización e infraestructuras, con el objetivo de mejorar la calidad asistencial y la satisfacción general de profesionales y ciudadanía.

Conflicto de intereses

Los autores no tienen ningún conflicto de intereses que declarar.

Bibliografía

1. Consejería de Salud Servicio Andaluz de Salud. Plan estratégico. Una propuesta de gestión pública diferenciada. 1999. Sevilla [consultado 20 May 2016]. Disponible en: <http://www.sas.junta-andalucia.es/library/plantillas/externa.asp?pag=../publicaciones/datos/10/pdf/PlanSAS.pdf>
2. Consejería de Salud. Caminando hacia la excelencia. II Plan Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía. 2005-2008 [consultado 20 May 2016]. Disponible en: <http://www.csalud.junta-andalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c.1.c.6.planes.estrategias/II.plan.calidad/II.plan.calidad.pdf>
3. Consejería de Salud. Un espacio compartido. Plan de Calidad. Sistema Sanitario Público de Andalucía. 2010-2014 [consultado 20 May 2016]. Disponible en: <http://investigamas.junta-andalucia.es/fundacionprogresoysalud/investigamas/files/PlanCalidaddelSSPA2010-2014.pdf>
4. Consejería de Salud. Proceso Asistencial Integrado. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales integrados. 2011. Sevilla [consultado 20 May 2016]. Disponible en: http://www.csalud.junta-andalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p.3.p.3.procesos.asistenciales_integrados/guia_diseño/guia_diseño.mejora.pdf
5. Consejería de Salud. Modelo de gestión por competencias del Sistema Sanitario Público de Andalucía. 2006. Sevilla [consultado 20 May 2016]. Disponible en: http://www.csalud.junta-andalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p.5.p.2.organizacion.de.la.investigacion/modelo_gestion/modelo.de.gestion.pdf
6. Jiménez López, I. Atención al paciente quirúrgico: proceso asistencial integrado. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2014. Sevilla [consultado 20 May 2016]. Disponible en: http://www.csalud.junta-andalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p.3.p.3.procesos.asistenciales_integrados/atencion.paciente.quirurgico/atencion.paciente.quirurgico_julio.2014.pdf
7. Consejería de Salud. Bloque quirúrgico: Proceso de soporte. 2004. Sevilla [consultado 20 May 2016]. Disponible en: http://www.csalud.junta-andalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p.3.p.3.procesos.asistenciales_integrados/procesos.soporte/bloque.quirurgico/proceso_soporte.bloque.quirurgico.pdf
8. Gómez-Arnau JI. Principios generales de organización y gestión clínica de un bloque quirúrgico. *Rev Esp Anestiol Reanim.* 2001;48:180-7.
9. Fletcher G, Flin R, McGeorge P, Glavin R, Maran N, Patey R. Anaesthetists' non-technical skills (ANTS): Evaluation of a behavioural marker system. *Br J Anaesth.* 2003;90:580-8.
10. Gomar C. Competencias que actualmente se le exigen al anestesiólogo en anestesia cardiovascular. *Rev Esp Anestesiología Reanim.* 2013;60:183-6.
11. Mira JJ, Lorenzo S, Navarro I, Nebot C. Satisfacción y seguridad del paciente en anestesia en nuestro ámbito. *Rev Esp Anestesiología Reanim.* 2010;57:122-3.
12. Glavin RJ. Excellence in Anesthesiology. The role of nontechnical skills. *Anesthesiology.* 2009;110:201-3.
13. Moura AC, Ferreira MA, Barbosa J, Mourão J. Patient satisfaction with anesthesia care in a general hospital. *Acta Med Port.* 2014;27:33-41.
14. Rutherford JS, Flin R, Mitchell L. Non-technical skills of anaesthetic assistants in the perioperative period: A literature review. *Br J Anaesth.* 2012;109:27-31.
15. Hool A, Smith AF. Communication between anesthesiologists and patients: How are we doing it now and how can we improve? *Curr Opin Anaesthesiol.* 2009;22:431-5.
16. Ferreira da Costa T, Oliveira F, Arede MJ, Vico M. Evaluación de la satisfacción de los pacientes con la anestesia: estudio observacional transversal. *Actual Medica.* 2015;796:133-8.
17. Echevarría Moreno M, Ramos Curado P, Caba F, López J, Almeida CV, Cortés González CC. Factores determinantes de la satisfacción del paciente con la consulta de anestesia. *Rev Cal Asistencial.* 2015;30:215-9.
18. Guillén Perales J, Luna Maldonado A, Fernández Prada M, Guillén Solvas JF, Bueno Cavanillas A. Calidad de la información en el proceso del consentimiento informado para anestesia. *Cir Esp.* 2013;91:595-601.
19. Gebremedhn EG, Chekol WB, Amberbir WD, Flatie TD. Patient satisfaction with anaesthesia services and associated factors at the University of Gondar Hospital 2013: a cross-sectional study. *BMC Res Notes.* 2015;26:377, <http://dx.doi.org/10.1186/s13104-015-1332-4>
20. Mishra A, Catchpole K, McCulloch P. The Oxford NOTECHS system: Reliability and validity of a tool for measuring teamwork behaviour in the operating theatre. *Qual Saf Health Care.* 2009;18:104-8.
21. Flin R, Fletcher G, McGeorge P, Sutherland A, Patey R. Anaesthetists' attitudes to teamwork and safety. *Anaesthesia.* 2003;58:233-42.
22. Moral V. Midiendo la calidad asistencial de los servicios de Anestesiología. *Rev Esp Anestesiología Reanim.* 2010;57:69-70.
23. Berry LL, Parasuraman A, Zeithaml V. ASERVQUAL. A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *J Retailing.* 1988;64:12-40.
24. Mira JJ, Aranaz J, Rodríguez-Marín J, Buil JA, Castell M, Vítaller J. SERVQHOS, un cuestionario para evaluar la calidad percibida. *Med Prev.* 1998;4:12-8.
25. Zabalegui A. Más allá del dualismo cualitativo-cuantitativo. *Enferm Clin.* 2002;12:74-9.
26. Pastor González MI, Belzunegui Eraso A, Pontón Merino P. Mujeres en sanidad: entre la igualdad y la desigualdad. *CRL.* 2012;30:497-515.
27. March-Cerdà J, Danet A, García-Romera I. Clima emocional y liderazgo en los equipos sanitarios de Andalucía. *Index Enferm.* 2015;24:15-9.
28. Prieto MA, Suess A, March JA, Escudero MJ, Danet A. Opinions and expectations of women in the treatment of cervical and uterine cancer in Spain. *J Women Health (Lond Engl).* 2011;7:709-18.
29. Prieto MA, Escudero MJ, Suess A, March JC, Ruiz A, Danet A. Análisis de calidad percibida y expectativas de pacientes

- en el proceso asistencial de diálisis. *An Sist Sanit Navar*. 2011;34:21–31.
30. Rama-Maceiras P, Jokinen J, Kranke P. Stress and burnout in anaesthesia: A real world problem. *Curr Opin Anesthesiol*. 2015;28:151–8.
31. De Miguel Ibáñez R, Palomo Sánchez JC, Nahban Al Saied SA, Alonso Vallejo J, Rodríguez Canales JM, Blanco Priet C, et al. Estudio del coste de la accesibilidad y de la satisfacción comparando una unidad de CMA integrada en un hospital frente a un modelo teórico en un centro periférico. *Cir Esp*. 2011;89:42–54.
32. Liu MC, Chen CC. Postoperative care after geriatric ambulatory surgery: Several specific considerations. *Intern J Ger*. 2008;2:98–102.
33. Garrote Coloma C, Vila y Blanco JM. Gestión de la lista de espera y de la actividad de los servicios quirúrgicos. *Cir Esp*. 2003;74:15–22.