

Maestría en Administración de Servicios de Salud Sostenible

Trabajo Final de Graduación

Satisfacción del usuario de Servicios del Programa de Cirugía Ambulatoria del Hospital San Vicente de Paúl, desde la percepción de los usuarios, durante el mes de agosto del 2014.

Dra. Katherine Mata Rojas

Dra. Rebeca Obando Fuentes

Investigadoras

Dr. Marco Antonio Salazar Rivera

Tutor

San José, 2016

DEDICATORIA

A nuestras familias.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por guiarnos a través del camino y permitirnos llegar a la meta.

A nuestras familias por su apoyo incondicional y su comprensión de la importancia del desarrollo y culminación de este proyecto.

A los miembros del programa de Cirugía mayor ambulatoria del Hospital San Vicente de Paúl por brindarnos su disposición y colaboración.

A los usuarios del Servicio de Cirugía mayor ambulatoria por sus aportes.

TABLA DE CONTENIDOS

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Lista de abreviaturas.....	vi
Capítulo I. Marco contextual.....	1
1.1. Introducción.....	1
1.2. Antecedentes.....	2
1.2.1. Contexto Internacional.....	2
1.2.2. Contexto Nacional.....	4
1.2.3. Contexto Local.....	6
1.3. Justificación.....	7
1.4. Delimitación y situación problemática.....	9
1.5. Formulación del problema.....	9
1.6. Objetivos.....	9
1.6.1 Objetivo General	9
1.6.2. Objetivos Específicos.....	9
Capítulo II. Marco Conceptual.....	11
2.1. Concepto de calidad en servicios.....	12
2.2. Satisfacción del usuario.....	13
2.2.1. Importancia de medir la satisfacción del cliente.....	15
2.3. Relación entre calidad percibida y satisfacción con el servicio.....	16
2.4. Relación Médico-Paciente.....	17
2.5. Trato recibido.....	18
2.6. Infraestructura.....	19
2.7. Información pre y postoperatoria.....	19

2.8. Cirugía ambulatoria.....	20
2.9. Requisitos de ingreso al programa de cirugía ambulatoria.....	21
2.10. Ejecución del procedimiento quirúrgico y egreso hospitalario.....	23
Capítulo III. Marco metodológico.....	24
3.1. Tipo de estudio.....	24
3.2. Área de estudio.....	26
3.3. Objeto de estudio.....	26
3.4. Población.....	26
3.5. Muestra.....	26
3.6. Fuentes de información.....	27
3.7. Operacionalización de las variables.....	27
3.8. Selección y técnicas de instrumento.....	30
3.9. Análisis de resultados.....	30
3.10. Limitantes del estudio.....	30
3.11. Plan de tabulación de análisis de la información.....	31
3.12. Consideraciones éticas.....	34
Capítulo IV. Análisis e interpretación de los resultados.....	35
Capítulo V. Conclusiones y recomendaciones.....	57
Capítulo VI. Referencias.....	59
Capítulo VII. Anexos.....	65
Anexo 1. Encuesta aplicada.....	65

LISTA DE ABREVIATURAS

A.S.A: Sociedad americana de Anestesiología.

A.S.A. I: Clase del sistema de clasificación de la A.S.A, donde se incluye al paciente saludable no sometido a cirugía electiva.

A.S.A. II: Clase del sistema de clasificación de la A.S.A donde se incluye al paciente con dolencia sistémica leve, controlada y no incapacitante.

A.S.A III: Categoría del sistema de clasificación de la A.S.A donde se incluye al paciente con enfermedad sistémica grave, pero con una patología no incapacitante.

A.S.A. IV: Estrato del sistema de clasificación de la A.S.A que abarca a las personas con enfermedad sistémica grave e incapacitante, que además significa una amenaza constante para la vida y no es factible corregir en el cien por ciento de los casos por medio quirúrgico.

C.C.S.S.: Caja Costarricense del Seguro Social.

C.E.T.M.O: Centro de estudios de transportes del Mediterráneo Occidental.

C.M.A: Cirugía mayor ambulatoria.

C.X: Cirugía.

E.F.Q.M: European Foundation for Quality Model.

I.S.O: Sociedad internacional de normatización.

H.S.V.P: Hospital San Vicente de Paul.

P.C.M.A: Programa de cirugía mayor ambulatoria.

CAPÍTULO I

MARCO CONTEXTUAL

1.1 Introducción

En la actualidad se vive en un ambiente de suma competitividad, donde se persigue el mejoramiento continuo bajo estrictos estándares de calidad, no sólo para productos, sino también para servicios. El sector de la salud no escapa a estas enormes exigencias (Brito, 2000).

Los programas de cirugía ambulatoria han tomado gran auge en las últimas tres décadas, pues han demostrado ser de similar efectividad y seguridad en relación con la cirugía tradicional (Rodríguez, Guillermo, Armas, y Valdés, 2001). A nivel internacional, más de 60 % de las cirugías menores y de mediana complejidad se llevan a cabo como cirugías ambulatorias, lo cual contribuye de manera significativa al mejoramiento de la práctica quirúrgica actual (Puente y Contreras, 2014). Este tipo de atención quirúrgica provoca beneficios en todos los niveles. La Caja Costarricense del Seguro Social se ve favorecida con la reducción en listas de espera y bajos costos de operación, además de los internamientos de corta estancia (seis horas) que permiten que las camas de hospitalización, recurso tan importante dentro de nuestro sistema de salud, se dediquen a otros usuarios (Porrero y Sánchez-Cabezudo, 2011). Este modelo de cirugía ambulatoria requiere un sistema de medición que no sólo demuestre rendimiento cuantitativo sino que también permita obtener datos sobre la calidad prestada con el fin de optimizar el servicio, aportar bienestar al paciente y su acompañante y tomar medidas correctivas que conlleven a un ejemplo de atención enfocada en la satisfacción del usuario, con

el fin de construir un mejorado sistema de salud costarricense. Aquí surge la inquietud de conocer el grado de satisfacción de los usuarios del servicio de cirugía ambulatoria del hospital San Vicente de Paul, en Heredia, para detectar las variables que sea necesario modificar y fortalecer con esto el Programa de Cirugía Mayor Ambulatoria (P.C.M.A.) de dicho nosocomio.

La presente investigación hace referencia en el primer capítulo a la revisión de los antecedentes del tema de estudio, tanto en el contexto internacional como local. En la segunda sección se expone el fundamento teórico que da forma a la estructura científica o sea el marco conceptual propiamente. Por último, el tercer capítulo es la propuesta metodológica, conformada por la información correspondiente al tipo de estudio, instrumento aplicado y el análisis de los resultados.

1.2. ANTECEDENTES

1.2.1 Contexto internacional

Mucho se ha escrito en el ámbito internacional con respecto de estos temas debido a su impacto en los sistemas de salud (Abarca, 2010).

España es uno de los países europeos que más impulso ha dado a la atención quirúrgica de corta estancia. Por esa razón ha realizado investigaciones en relación con el grado de satisfacción de los pacientes donde se abarcan diferentes aspectos (infraestructura, trato del personal y su preparación profesional, manejo de la información, control del dolor, complicaciones domiciliarias, etc.), que han proporcionado información

relevante en el crecimiento, desarrollo y fortalecimiento de los programas de cirugía de día (Fernández, García, Márquez, y Fontan, 1999).

En el Hospital Donostia, en España, un resumen de las encuestas realizadas entre el 2003 y 2009 determinó que los aspectos más importantes para los pacientes eran el trato, la competencia profesional y el alivio del dolor. En cuanto a lo negativo señalaron las listas de espera, la mala organización, algunos aspectos de las instalaciones y las comidas.

Durante un estudio de satisfacción y calidad en cirugía ambulatoria efectuado en el servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital General Virgen Macarena en Sevilla, España, se encontró una valoración positiva en relación con el trato directo y la relación con los usuarios, respeto hacia los mismos, su intimidad y la información suministrada a lo largo de todo el circuito asistencial. Por otro lado, como debilidad identificaron el tiempo consumido en lista de espera para la intervención quirúrgica (García, y otros, 2003).

En el contexto de la calidad de los servicios ambulatorios, un estudio del Reino Unido sobre el tema, efectuado en el Hospital Saint Mary N.H.S Trust, en Newport, se distribuyó un cuestionario a 953 pacientes, quienes hicieron comentarios negativos acerca de la información preoperatoria y postoperatoria, la espera prolongada en la unidad, un deficiente manejo del dolor postoperatorio e insuficiente respeto de la privacidad (Ghosh y Sallan, 1994).

En el año 2011, S. Ayala y colaboradores publicaron una investigación ejecutada en el Centro de Asistencia del Sindicato Médico de Uruguay-Instituto de Asistencia Médica Privada Profesional (CASMU-IAMPP), en el que se

analizó a 206 pacientes de una unidad de cirugía de día quienes reportaron una satisfacción global media del 93.4%. Asimismo, recomendaron que el tiempo de espera, el dolor y el frío debieran ser corregidos para mejorar la satisfacción.

“A pesar del alto índice de satisfacción global encontrado, se identificaron variables que pueden influenciar de forma negativa en la experiencia del paciente, por lo que se deberán tomar medidas para mejorar la atención, mejorando la información, disminuyendo los tiempos de espera, mejorando la temperatura, y ajustando los protocolos para prevención y tratamiento del dolor postoperatorio.” (Ayala, Cristiani, y Saralegui, 2011)

1.2.2 Contexto nacional

En nuestro país, en un estudio realizado por Douglas Montero en el año 1997, se describen cinco factores de la cultura organizacional y cómo inciden en la satisfacción de los médicos y de los pacientes en la consulta externa, como propuesta para un cambio en el modelo de atención. Se encontró que tanto los médicos como los usuarios indicaron como principal disconformidad la impuntualidad en la consulta y la lenta respuesta en los servicios de apoyo, principalmente en el sistema de otorgamiento de citas.

Arturo B. Lathrop realizó en 1999 una indagación sobre la relación médico-paciente y la accesibilidad a las clínicas del Seguro Social de la Trinidad de Moravia y Pavas, con el fin de conocer el grado de satisfacción entre los usuarios de estos centros de salud. En ella se determinó estadísticamente que

los usuarios no se encontraban satisfechos con la experiencia cotidiana acontecida con sus médicos habituales.

L. Antonio Hidalgo Alfaro desarrolló una investigación durante los meses de enero a mayo del 2007 en el Hospital San Francisco de Asís, en Grecia, en la que determinó una adecuada satisfacción por parte de los pacientes atendidos en el servicio de cirugía ambulatoria de dicho nosocomio, en relación con el tiempo de espera, programación e intervención quirúrgica, información otorgada a los usuarios e infraestructura utilizada. Además, elaboró una lista de recomendaciones en busca de mayor eficiencia de la atención, que abarcó aspectos como la capacitación del personal, seguimiento de los pacientes luego del alta hospitalaria, ampliación de la cobertura por especialidades, etc.

William Vargas en su libro Atención Primaria de Salud en Costa Rica (2011) hace referencia a que las encuestas de satisfacción del usuario son estudios de percepción con respecto de los servicios de salud y constituyen un instrumento valioso para conocer las condiciones del servicio, tomar medidas correctivas y evaluar su evolución en el tiempo, por lo que se convierten en indicadores de la calidad.

En julio del 2008 se publicó un análisis acerca del grado de satisfacción de los usuarios de la sección de medicina de la consulta externa en la Clínica Solón Núñez Frutos, con una muestra de 372 pacientes que acudieron a ese centro en noviembre del 2007. Las variables revisadas fueron: tiempo de espera para la atención, servicio de enfermería, consulta médica, planta física y privacidad de la atención, entre otras. Se encontró que los tiempos de espera fueron satisfactorios, pero se hizo la recomendación de desarrollar estrategias

para reducirlos y ofrecer así una mejor atención al usuario. El trato recibido en la atención médica fue percibido como muy satisfactorio solamente en un 22% de los estudiados. Según los investigadores esto puede ser ocasionado por el poco tiempo de interacción en la relación médico-paciente, promovido por alta demanda en la consulta.

1.2.3 Contexto local

Hasta la fecha no hay estudios de este tipo realizados en la unidad de Cirugía Ambulatoria del Hospital San Vicente de Paúl, pese a que es una unidad constituida hace más de 10 años con participación de todas las especialidades quirúrgicas con que cuenta el Hospital.

Existen documentos relacionados con la organización del servicio y lineamientos para la atención de los pacientes según las especialidades en las que fueron intervenidos.

Actualmente en esta unidad se trabaja bajo la normativa institucional de cirugía ambulatoria, que define la operacionalización del Servicio. Un médico general evalúa el cumplimiento de los requisitos de inclusión en el programa, y establece la fecha de la cita de ingreso para la intervención quirúrgica. Antes de esta fecha el paciente debe asistir de manera obligatoria, con un acompañante, a una charla informativa en relación con los aspectos relevantes de su cirugía, recomendaciones e indicaciones de preparación para la misma. El día de la cirugía el usuario acude al departamento de admisión y de allí es llevado a la sala de espera de dicha unidad. Posteriormente es atendido por el personal de enfermería (quienes le efectúan los cuidados preoperatorios), es llevado a sala de cirugía donde se efectúan los procesos respectivos de la operación. Luego

de la intervención quirúrgica se traslada a la unidad de recuperación postanestésica, en la que recibe los cuidados pertinentes de control del dolor y manejo de la tolerancia de la ingesta oral, entre otros. Por último, es valorado por el médico una vez más y enviado al hogar con las recomendaciones correspondientes. Todo el proceso es guiado por el médico especialista en Anestesiología y Recuperación y el cirujano tratante.

En el H.S.V.P se realizaron en total 7.741 cirugías en el año 2013, de las cuales 2.655 fueron de la unidad de cirugía ambulatoria que corresponde a un 35% de ese total. Al compararlo con cifras respectivas internacionales se hace evidente que en nuestro contexto hay deficiencias en el enfoque quirúrgico de diversas patologías, cuyo abordaje podría incluir una cirugía ambulatoria.

1.3. Justificación

La reforma de nuestro sistema de salud se enfoca en la mejora de los procesos en la gestión hospitalaria con el fin de encontrar nuevos métodos de gerencia (Abarca, 2010).

El crecimiento de la población, aunado a los costos en los servicios de salud, genera la necesidad de dar una resolución efectiva y segura a patologías quirúrgicas, muchas de las cuales pueden ser incluidas dentro de este tipo de programas. Esta inclusión es facilitada por el surgimiento de equipo técnico innovador, mayor accesibilidad a estas tecnologías y la mejor preparación de los profesionales de la salud en estos ámbitos (García, y otros, 2003).

La cirugía ambulatoria nace como una respuesta ante el crecimiento que han tenido los procedimientos quirúrgicos y el alto gasto sanitario consecuente. Su empleo ha sido efectivo, de acuerdo con la buena evolución de los pacientes en su vida diaria postoperatoria, en la reducción de costos en salud y disminución de listas de espera, sin generar con ello un deterioro de la seguridad y satisfacción de los usuarios de estos programas (Ramos, 2009). Estos esquemas permiten el desarrollo de un modelo de salud eficiente que facilita la atención al usuario , brinda una rápida incorporación al medio familiar y a las labores cotidianas al tiempo que disminuye los internamientos innecesarios y la incidencia de infecciones intrahospitalarias (Chirigliano y Noceti, 2002).

Esto plantea de manera ineludible un reto diario aún en los países más desarrollados: la insatisfacción del paciente. La unidad de cirugía ambulatoria del H.S.V.P en Heredia requiere una evaluación urgente, ya que este servicio está vigente desde el año 2002 sin registros o estudios que reflejen el nivel de calidad de la atención en este departamento. Este estudio es fundamental para dilucidar las fortalezas y debilidades de la atención, ya que la satisfacción es directamente proporcional al grado de resolución de las necesidades del usuario.

“La satisfacción o insatisfacción de los pacientes y sus familiares con los servicios sanitarios es un elemento de capital importancia para explorar y conocer cuáles son sus preferencias. Su estudio constituye un instrumento imprescindible para hacer realidad la orientación de los servicios hacia el usuario.” (De León, Arteaga, y Schiattino, 2003).

La identificación de las variables que inciden de forma positiva y negativa en la satisfacción del usuario de este tipo de servicios es importante para modificar el impacto de las aristas negativas y mejorar la conformidad con la atención prestada. Todo esto permitiría establecer estándares de excelencia en el cuidado de las obligaciones propias de la relación entre los profesionales de la salud con sus pacientes, dentro de un servicio de cirugía de día.

1.4. Delimitación y situación problemática

La presente investigación se limitará al análisis del estado de satisfacción del usuario del programa de cirugía ambulatoria del Hospital San Vicente de Paúl, en relación con la orientación inicial, charla informativa, prontitud de atención recibida, trato por parte del personal, alivio del dolor, despacho de medicamentos, recomendaciones al hogar, condiciones de infraestructura y respeto de la intimidad.

1.5. Formulación del problema

¿Cuál es el nivel de satisfacción del usuario del Servicio de Cirugía Ambulatoria del Hospital San Vicente de Paúl, durante el mes de agosto de 2014?

1.6. Objetivos

1.6.1 Objetivo general

Determinar el grado de satisfacción del usuario que participa del Programa de Cirugía Ambulatoria, por medio de encuestas, durante el mes de agosto del 2014, en el Hospital San Vicente de Paúl, a través de las dimensiones de la calidad de atención.

1.6.2 Objetivos específicos

1.6.2.1. Estimar el nivel de satisfacción del usuario, en relación con el trato recibido por el personal, durante el proceso pre y post quirúrgico.

1.6.2.2 Valorar el grado de satisfacción del usuario en lo referente a la infraestructura y equipamiento utilizado durante su permanencia en el Servicio de Cirugía Ambulatoria.

1.6.2.3. Establecer recomendaciones para fortalecer la prestación del servicio de cirugía ambulatoria del Hospital San Vicente de Paúl.

1.6.2.4. Conocer la opinión del usuario en relación a la información suministrada por el personal del Servicio de Cirugía Ambulatoria.

CAPÍTULO II

MARCO CONCEPTUAL

La satisfacción del usuario en un servicio de cirugía ambulatoria puede ser utilizada como un indicador de calidad. Esta satisfacción está relacionada con la capacidad que se tenga para llenar las necesidades de los pacientes en los procesos relacionados con su atención (Ayala, Cristiani, y Saralegui, 2011).

En los últimos años, los avances en las técnicas y fármacos anestésicos (empleo de bloqueos nerviosos regionales junto con las nuevas drogas de propiedades de pronta sedación y facilidad de la recuperación del paciente), conocimientos y preparación de los profesionales, sumados al crecimiento del soporte extra hospitalario, han permitido que las técnicas quirúrgicas menos intensivas (como los procedimientos endoscópicos y cirugía laparoscópica) cobren fuerza impactando de manera significativa la gestión de los servicios de cirugía a nivel mundial (Parrilla y Pellicer, 1993).

La relevancia que ha cobrado la metodología quirúrgica ambulatoria ha incentivado el análisis y diagnóstico de dicho proceso, manteniendo como objetivo básico y fundamental la eficiencia tanto económica como en la satisfacción del paciente, aumentando así la productividad y disminuyendo las listas de espera (Porrero y Sánchez-Cabezudo, 2011).

A continuación se desarrollarán aspectos conceptuales asociados con la percepción de la calidad percibida y satisfacción de los usuarios de servicios,

principalmente de salud, ya que este es el contexto en el cual se enmarca el tema de investigación de la presente tesis.

2.1. Concepto de calidad en servicios.

En la Norma ISO 9000:2005 se define calidad como: *“Grado en que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.”*

Hay varios pioneros en el tema de la calidad. Uno de ellos es Philip B. Crosby, quien propone que las organizaciones necesitan establecer patrones para alcanzar la ausencia total de defectos y tener objetivos claros con el fin de orientar los esfuerzos de mejora: *“Los requerimientos tienen que estar claramente establecidos para que no haya malentendidos. Las mediciones deben ser tomadas continuamente para determinar conformidad con esos requerimientos. La no conformidad detectada es una ausencia de calidad. Los problemas de calidad se convierten en problemas de no conformidad y la calidad se convierte en definición.”* (Crosby, 1979).

Cuando hablamos de calidad, encontramos dos enfoques principales, el de calidad objetiva y el de calidad percibida: *“la primera se centra en la oferta y mide las características objetivas y verificables de los servicios; la segunda sin embargo, parte del lado de la demanda y hace referencia a la apreciación de los clientes o usuarios sobre dichas características.”* (Hospital Universitario del Valle Evaristo García ESE, 2010).

La calidad, especialmente en el ámbito de los servicios, corresponde a un juicio abstracto que va más allá de los conceptos técnicos (Cavana, Corbett y Lo, 2007). La calidad de atención se define como el conjunto de intervenciones basadas en la evidencia científica, destinadas a promover la salud, prevenir la

enfermedad, diagnosticar la patología, tratar a enfermo y rehabilitar al discapacitado, que se realizan con oportunidad y con el mínimo de riesgo para los pacientes (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

La calidad percibida por el usuario es de la que se ocupa, primordialmente, esta investigación.

A través de los años el concepto de calidad ha venido cambiando hasta convertirse en una filosofía a la que se ha denominado “calidad total” (Improven Consultores, 2001). Aquí, la calidad es una estrategia para el remodelamiento de la estructura organizacional. *“...esta nueva visión, podrá mejorar la calidad del producto o servicio si mejora la calidad global de la empresa, es decir, si ésta se convierte en una organización de calidad...”* (Tarí Guilló, 2000).

Así, el resultado de los esfuerzos de los miembros del programa por brindar un servicio de calidad se traducirá en una relación mutua entre las personas que demandan los servicios y el servicio como tal, persiguiendo cumplir con las expectativas del usuario, con las normas de seguridad, obteniendo el máximo de los beneficios y el menor riesgo. Simultáneamente se busca el respeto por las personas desde una perspectiva ética y moral.

2.2. Satisfacción del usuario

El interés de nuestro estudio es determinar el concepto de satisfacción del usuario que acude a los servicios de salud para satisfacer sus necesidades. Este es un concepto complejo que está relacionado con una gran variedad de factores como el estilo de vida, las experiencias, las expectativas y los valores del individuo y de la sociedad (Hospital Universitario del Valle Evaristo García ESE, 2010).

La satisfacción contiene componentes afectivos y cognitivos y representa una evaluación del consumidor respecto de una transacción específica y una experiencia de consumo. Esta evaluación se asocia a un juicio transitorio, susceptible de cambio (Departamento de Estudio y Desarrollo Marcela Pezoa, 2004).

Avedis Donabedian (1980) expresa su definición de satisfacción del paciente en el ámbito de la atención de la salud en estrecha relación con la definición de calidad: *“calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes.”*

La organización debe estar enfocada en desarrollar todas las acciones que sean necesarias para llenar las expectativas de los usuarios y lo que ellos consideren como óptimo para un servicio de calidad, que incluye el acceso al lugar y los servicios, la amabilidad o condición humana del trato y la agilidad en la respuesta.

Existen cierto número de indicadores que miden el grado de satisfacción de los usuarios, como los citados por Montero Chacón (1997): la consulta médica, la resolución de las dudas del paciente, la privacidad, la comodidad, la limpieza, la rapidez en la atención, la atención ante problemas urgentes, el tiempo dedicado a la consulta y la resolución de su problema. Además, se pregunta por grado de sensación de estar en buenas manos.

En las normas ISO 9000:2005 se define satisfacción del cliente: *“como percepción del cliente sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos”*. Las quejas de los usuarios son un indicador habitual de una baja satisfacción

del cliente, pero la ausencia de las mismas no implica necesariamente una elevada satisfacción. Incluso, acordar los requisitos con el cliente y cumplirlos, no asegura necesariamente una elevada satisfacción.

Es posible que se puedan identificar las carencias o deficiencias que ofrecen los programas de salud si se integra de manera óptima el proceso de atención al paciente con los principales factores que influyen en la percepción del usuario. Esto permitiría acercarse al ideal de la satisfacción del usuario.

2.2.1. Importancia de medir la satisfacción del cliente

Conocer la satisfacción del cliente es un principio importante a nivel de la gestión empresarial. La norma ISO 9001 lo incluye dentro de sus requisitos y el modelo de EFQM lo considera un criterio de peso específico. Así, la satisfacción del cliente constituye un indicador importantísimo para la evaluación del desempeño global de la organización. El análisis de los resultados ayuda a crear una cultura de mejora para la gestión (Fundación CETMO, 2006).

Evaluar la satisfacción del cliente permite valorar objetivamente la percepción del usuario sobre el servicio y utilizar posteriormente la información para mejorar el rendimiento en aquellas áreas que contribuyen más a aumentar la satisfacción, identificando oportunidades de mejora. El conocimiento de lo que los usuarios perciben como servicio de calidad permite fomentar una cultura de excelencia en la prestación del servicio a través de la identificación buenas prácticas. Además, la información obtenida de la evaluación del grado de satisfacción de los clientes permite realizar comparaciones con otros centros que lleven a cabo programas similares (Benchmarking).

Las necesidades y expectativas de las personas evolucionan y esto provoca un cambio también en las exigencias del servicio que solicitan los pacientes. Pensar que si el cliente no se queja es porque está satisfecho o que la experiencia de hacer las cosas bien es suficiente, no implica que no se pueda mejorar. Por esta razón, la evaluación de la satisfacción de los usuarios resulta de mucha importancia. Es relevante conocer las opiniones de los usuarios en relación con el proceso en conjunto, no sólo respecto de la satisfacción que genera el haber sido operado y aliviado del problema patológico que lo agobiaba.

La gestión del Servicio de Cirugía Ambulatoria en aras de aumentar su producción debe ser encaminada a determinar si el cliente está satisfecho o no y buscar las opciones para aumentar esa satisfacción. La medición de ese estado en forma indirecta y objetiva puede realizarse por medio de indicadores cuantitativos, como sería el caso de pacientes reingresados por complicaciones, número de consultas del hogar por falta de indicaciones, necesidades de más medicamentos, quejas recibidas, etc. o por métodos cualitativos como encuestas o entrevistas, enfocadas a conocer el grado de satisfacción respecto de la atención.

2.3 Relación entre calidad percibida y satisfacción con el servicio

Conseguir que los clientes estén satisfechos es uno de los objetivos de todas las organizaciones de servicios. Un servicio hospitalario de calidad tiene como meta satisfacer las necesidades de los pacientes y para esto es necesario que todos los involucrados en el proceso cumplan con los pasos propuestos para alcanzarlo.

La perspectiva del usuario es muy importante porque es más probable que los pacientes satisfechos cumplan con el tratamiento y continúen utilizando los servicios de salud donde han tenido experiencias favorables.

Mejorar los programas de cirugía manteniendo su carácter de práctica segura y con un costo bajo, permite a nuestro sistema de salud aplicar una opción más eficiente en la utilización de los recursos, logrando extender la cobertura a un mayor número de usuarios.

“Se concluye así, entonces que el objetivo de la medición de la calidad, mediante el análisis de la satisfacción del usuario, o mediante la óptica del usuario, será pues facilitar información a los profesionales y a los gestores y administradores del sistema sanitario o de la institución de salud, sobre aquellos aspectos de la organización sanitaria que son percibidos por la población como insatisfactorios y que son susceptibles de mejora mediante la modificación de circunstancias, comportamientos o actitud desde la organización que intervienen en el proceso asistencial.” (Hospital Universitario del Valle Evaristo García ESE, 2010).

2.4. Relación médico-paciente

Esta relación se establece entre el médico y el paciente con el fin de devolverle al segundo la salud, aliviar su padecimiento y prevenir la enfermedad.

La relación médico-paciente es la piedra angular de la práctica médica y de la ética médica, en donde el respeto, la igualdad de trato, la comunicación, el consentimiento, la toma de decisiones y la confidencialidad son aspectos que

se involucran fuertemente durante la consulta médica y más aún ante el planteamiento de una intervención quirúrgica. El médico debe velar por la salud y bienestar de su paciente, brindarle la información necesaria sobre la toma de decisiones y el propósito de cualquier examen o intervención. Esto incluye la explicación apropiada en lenguaje sencillo de opciones de tratamiento, sus ventajas y desventajas.

Las relaciones interpersonales en el acto médico tienen influencia definitiva en los modelos de atención. Aún cuando las relaciones médico paciente han pasado de ser una relación paternalista (binomio) sustentada por la ética médica a ser un modelo contractual (polinomio) con sustento en la ética médica y en la ética institucional (Torres Valdez, 2007), siempre una buena relación de cordialidad, respeto, dedicación y atención al paciente por parte del profesional de medicina genera buenos resultados en el producto final, que es la atención médica, el diagnóstico y el tratamiento a recibir.

Esta relación es importante para ambas partes y cuanto mejor sea más preciso el diagnóstico y más posibilidades de que el paciente cumpla los consejos médicos.

2.5. Trato recibido

El trato que recibe el paciente por el personal de salud es fundamental en la percepción del mismo acerca de la calidad de los servicios experimentados a lo largo del proceso al que se enfrenta.

“El estudio del grado de satisfacción de los pacientes tiene mucha importancia como criterio de evaluación de la calidad de la atención y es útil

para quienes deben ejercer las funciones de regulación y financiamiento de los sistemas de salud. De igual forma, el grado de satisfacción de los pacientes se ha relacionado con la efectividad de la atención médica.” (Alvarado, Vera, 2001).

Las necesidades médicas de las personas son la razón de existir de las diferentes instituciones sanitarias. Los enfermos acuden a dichas organizaciones y ponen su vida en las manos de las personas que les atienden en espera de ser tratados de la manera más profesional y ética posible.

2.6. Infraestructura

La planta física es un factor que influye en la percepción de la calidad del servicio. La imagen que la organización refleje al cliente funciona como un filtro para la percepción de la calidad, reduciendo el impacto de los factores que puedan influenciarla negativamente (Morales y Carvajal, 2008).

La infraestructura es un elemento tangible para el usuario. Una sala de espera cómoda, privacidad, limpieza en los pisos, sillas ordenadas y confortables, adecuada iluminación y ventilación son reflejo de un ambiente placentero, que demuestra la atención y el cuidado que se le está dando al usuario, y contribuye favorablemente a la percepción satisfactoria que desarrolla el paciente.

2.7. Información preoperatoria y postoperatoria

La información ofrecida al paciente juega un papel fundamental en su grado de satisfacción, porque mejora la sensación de seguridad y confianza con el sistema, a la vez que disminuye los niveles de ansiedad. Es por ello que

el programa de cirugía ambulatoria incluye dentro de sus procesos una charla informativa como requisito preoperatorio, dirigida al paciente y su acompañante e impartida por la enfermera peri operatoria. Aquí se detallan los requisitos que debe cumplir el paciente, tanto el día de la cirugía como en el hogar. Además, se entregan documentos de la institución con números telefónicos para que el usuario o sus familiares puedan contactar al servicio en caso necesario, además de instrucciones claras para asegurar un adecuado seguimiento de los pacientes en su domicilio.

2.8. Cirugía ambulatoria

Este tipo de modelo de atención es un nuevo estilo de gestión asistencial que viene cobrando fuerza día con día. La cirugía ambulatoria se define como todo aquel procedimiento que se realiza sin necesidad de que los pacientes sean ingresados en algún servicio diferente al de cirugía ambulatoria. También es llamada cirugía de día. Dentro de esta denominación existen dos tipos de categorías distintas: la cirugía menor y la cirugía mayor.

La cirugía menor ambulatoria comprende las intervenciones que se realizan con anestesia local y en la mayoría de los casos el egreso del paciente es inmediato.

El departamento de Estadística de los Servicios de Salud de la C.C.S.S. define cirugía mayor ambulatoria, en el 2003, como:

“Cirugía de tipo mayor (realizada bajo anestesia general o con asistencia respiratoria) programada y realizada en un programa del mismo nombre, formalmente establecido en el centro de atención. Su característica principal es

que no tiene camas de dotación normal, porque el paciente ingresa y egresa el mismo día...”

Los procedimientos quirúrgicos que se realizan bajo este programa, pueden ser ejecutados con anestesia general, regional o local, con o sin sedación y los pacientes requieren cuidados postoperatorios de corta duración, que permiten su egreso el mismo día de la cirugía. Estas cirugías son realizadas con las mismas técnicas quirúrgicas y anestésicas como si se realizaran mediante hospitalización e ingreso.

Los procesos involucrados dentro del programa de cirugía ambulatoria deben garantizar el cumplimiento absoluto de las normas y requisitos establecidos para cada caso en particular, permitiendo de esta forma cumplir con los principios de eficiencia y efectividad que se les exigen a programas como estos.

La misión del servicio de cirugía ambulatoria es:

“Brindar a los pacientes referidos al área de cirugía ambulatoria, atención integral en el proceso pre y post operatorio, en busca de calidad del servicio orientada a la satisfacción del cliente, con gestión innovadora, apertura al cambio y eficiencia.” (C.C.S.S, 2011).

Su visión es:

“Ser un servicio innovador en el procesos de la preparación del usuario, con estrecha relación con nuestros pacientes, asegurando el cumplimiento de normas y requisitos, garantizando la idoneidad en el proceso y desarrollando un producto de alta calidad que garantice nuestra competitividad en todos los mercados.” (C.C.S.S, 2011).

2.9. Requisitos de ingreso al programa de cirugía ambulatoria

El P.C.M.A del H.S.V.P considera fundamental para un proceso exitoso realizar una adecuada selección del paciente que ingresa al programa, basada en el cumplimiento de los criterios de admisión del servicio y en la anuencia del paciente y su familia para seguir las instrucciones o recomendaciones postoperatorias. Los pacientes que pueden ser operados sin restricción dentro de este programa son aquellos niños y adultos que sean clasificados según la Sociedad Americana de Anestesiología (A.S.A.) como pacientes sanos (A.S.A. I) y aquellos con enfermedad sistémica leve (A.S.A. II). A los pacientes con enfermedades sistémicas graves no incapacitantes (A.S.A. III) se les valora su condición en relación con el control de la enfermedad, el tipo de cirugía y la disponibilidad de cuidados postoperatorios domiciliarios

Otro factor que se toma en cuenta para la inclusión en el programa es el lugar de residencia. Es fundamental que el paciente se encuentre el día de su intervención quirúrgica en un rango de 15 kilómetros del hospital u otro centro de salud que le pueda brindar atención rápidamente, en caso necesario.

Se excluyen del programa pacientes pediátricos (lactantes y prematuros), pacientes con riesgo anestésico elevado (A.S.A. III y A.S.A. IV), obesos mórbidos, pacientes que requieren monitorización compleja, tratamiento del dolor complejo, que no cuenten con apoyo social adecuado para el día de la intervención, pacientes psiquiátricos y todos aquellos que no deseen ser operados por este modelo de atención. Esto representa la continua búsqueda de la satisfacción de los usuarios del servicio de cirugía ambulatoria, que se relaciona con un alto grado de responsabilidad social. Asimismo, se busca la

seguridad del paciente como un aspecto esencial de la calidad de un servicio de salud, sin distinción de género, edad, credo y condición socioeconómica de la población atendida. La meta es brindar un servicio accesible y equitativo para todos los asegurados adscritos, con el compromiso de cumplir los criterios establecidos para hacer las cosas bien a fin de satisfacer al usuario y llenar sus expectativas.

Existe una oficina de apoyo del programa de cirugía ambulatoria del Hospital San Vicente de Paúl que se encarga de la coordinación entre el profesional especialista de las diferentes áreas quirúrgicas y el paciente que ha sido seleccionado para realizar el procedimiento quirúrgico dentro del P.C.M.A. La función de esta oficina es preparar al paciente para el cumplimiento de los requisitos quirúrgicos preoperatorios, explicar cómo será el proceso y entregar información escrita acerca de las instrucciones en torno a la operación. Los requisitos preoperatorios son: Solicitud de exámenes de laboratorio y gabinete, valoración preoperatoria, charla informativa y asignación de la fecha en que se realizará el procedimiento, según el orden de ingreso en la lista de espera.

2.10 Ejecución del procedimiento quirúrgico y egreso hospitalario

El siguiente es un resumen de las actividades que se deben dar en el proceso según el flujograma del servicio de cirugía mayor ambulatoria de los quirófanos de las salas de operaciones del Hospital San Vicente de Paúl:

- Se inicia con el proceso de admisión el día de la cirugía. El personal de la unidad constata el cumplimiento de los requisitos para ser operado.

- Posteriormente se preparan para ser llevados en su momento a la respectiva sala de operaciones.
- Después de la cirugía se trasladan a la unidad de recuperación postoperatoria ambulatoria, para ser estrictamente vigilados hasta el restablecimiento de su condición y posterior prueba de tolerancia oral hasta su total recuperación.
- Se establece el alta cuando cumplen los criterios y el médico anesthesiologo da la aprobación de egreso, con la garantía de que las condiciones en el hogar son las adecuadas y que es seguro continuar su recuperación fuera del hospital. Los pacientes reciben de nuevo información por escrito respecto de las recomendaciones post operatorias que deben seguir.
- Si el paciente no cumple con criterios de egreso, por complicaciones propias de cirugía o del procedimiento anestésico (dolor agudo que no mejora, vómitos, sangrado, cefalea, etc.), debe ser ingresado en el sistema hospitalario.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

En este capítulo se muestra la organización del proceso de investigación, que permite emitir las posibles recomendaciones al problema planteado.

3.1. Tipo de estudio

Con el propósito de desarrollar este documento se hizo un análisis de los diferentes tipos de investigación que existen, con el fin de determinar cuál es el más apropiado en relación con el tema y los objetivos propuestos.

La presente investigación, de acuerdo con las características definidas y el alcance propuesto, consiste en un estudio analítico de campo, ya que se desarrolla en el espacio físico del Programa de cirugía mayor ambulatoria.

Es una investigación prospectiva porque se diseña y se comienza a realizar en el presente, con los datos de un período establecido, como un estudio longitudinal en el tiempo.

Además, es de tipo predominantemente cualitativo debido a que se abstraerá la información hacia la universalidad. La metodología utilizada es la encuesta, que permite recopilar la opinión de los sujetos para luego interpretarla de acuerdo con las relaciones entre las variables por investigar.

Por otro lado, es de índole descriptivo porque realiza una exposición sencilla del tema por investigar a partir del análisis de los datos recopilados a

través de una encuesta, elaborada específicamente para ello, con respecto del grado de satisfacción del usuario del servicio de cirugía ambulatoria del Hospital San Vicente de Paul.

La investigación descriptiva *“es el tipo de investigación que tiene como objetivo principal la descripción de algo, generalmente las características o funciones del problema en cuestión.”* (Malhotra, 1997).

Algunas de las variables serán aprovechadas para realizar las cuantificaciones pertinentes a los objetivos propuestos, por lo que se complementa lo cualitativo con lo cuantitativo.

El análisis de los resultados mostrará un producto que, en un futuro próximo, pueda ser utilizado como una herramienta más para la mejora continua de la calidad de la atención del paciente.

3.2 Área de estudio

El estudio se realizó dentro de las instalaciones del Hospital San Vicente de Paúl, en Heredia; específicamente en el área del Servicio de cirugía ambulatoria, durante la jornada quirúrgica diurna, en el mes de agosto del año 2014.

3.3. Objeto de estudio

El objeto de esta investigación es la satisfacción del usuario del Servicio de cirugía ambulatoria a través de las dimensiones de la calidad de la atención, para conocer las fortalezas y debilidades de la atención al paciente.

3.4 Población

La población se compone de los pacientes ingresados para ser intervenidos quirúrgicamente durante la jornada diurna, al servicio de Cirugía Ambulatoria del Hospital San Vicente de Paúl, durante el mes de agosto del 2014, quienes tuvieron la disposición de participar y las condiciones de brindar la información requerida en el instrumento de recolección de datos.

3.5 Muestra

La muestra en nuestra investigación, se constituye de un total de 147 pacientes entrevistados.

Para población finita, o sea cuando se conoce el total de unidades de observación, la fórmula es:

$$n = \frac{N Z^2 pq}{d^2 (N - 1) + Z^2 pq}$$

Dónde:

- p = proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia.
- q = proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio (1 -p). La suma de la p y la q siempre será 1.
- n = tamaño de la muestra.
- N = tamaño de la población.
- Z = valor de Z crítico, calculado en las tablas del área de la curva normal,

llamado también nivel de confianza. (Aguilar-Barojas, 2005)

3.6. Fuentes de información

Las fuentes de información serán primarias, encuestas de tipo presencial. Además, se usarán de tipo secundarias con la revisión de la bibliografía relacionada con el tema.

Cuestionario/Encuesta: *“Es una técnica estructurada para recopilar datos, que consiste en una serie de preguntas, escritas u orales, que debe responder el entrevistado.” (Malhotra, 1997).*

3.7 Operacionalización de las variables

OBJETIVO ESPECÍFICO	VARIABLE	DEFINICIÓN	VALORES	FUENTE DE INFORMACIÓN
1. Estimar el nivel de satisfacción del usuario, en relación con el trato recibido por el personal, durante el proceso pre y post quirúrgico.	1.1. Trato recibido.	Diversas acciones y cuidados recibidos por un individuo.	Muy bueno. Bueno. Regular. Malo. Muy malo.	Encuestas respondidas por los pacientes seleccionados (vía presencial).
	1.2. Orientación recibida.	Instrucciones respecto del proceso de cirugía ambulatoria, otorgadas a los pacientes de dicho programa.	Muy bueno. Bueno. Regular. Malo. Muy malo.	Encuestas respondidas por los pacientes seleccionados (vía presencial).
	1.3. Relación médico paciente.	Interacción profesional establecida entre un médico y quien recibe el tratamiento indicado.	Muy bueno. Bueno. Regular. Malo. Muy malo.	Encuestas respondidas por los pacientes seleccionados (vía presencial).
2. Valorar el grado de satisfacción del usuario en lo referente a la infraestructura y equipamiento utilizado durante su permanencia en el Servicio de Cirugía Ambulatoria.	2.1. Infraestructura	Conjunto de elementos materiales necesarios, para la prestación apropiada del servicio.	Muy bueno. Bueno. Regular. Malo. Muy malo.	Encuestas respondidas por los pacientes seleccionados (vía presencial).

<p>3. Establecer recomendaciones para fortalecer la prestación del servicio de cirugía ambulatoria del Hospital San Vicente de Paúl.</p>				
<p>4. Conocer la opinión del usuario en relación a la información suministrada por el personal del Servicio de Cirugía Ambulatoria</p>	<p>4.1. Información pre y postquirúrgica.</p>	<p>Datos brindados a los pacientes, correspondientes a los pasos previos y posteriores al acto quirúrgico ambulatorio.</p>	<p>Muy bueno. Bueno. Regular. Malo. Muy malo.</p>	<p>Encuestas respondidas por los pacientes seleccionados (vía presencial).</p>

Tabla 3.1. Operacionalización de las variables.

3.8. Selección y técnicas de instrumento

En la presente investigación se utilizó la encuesta, una herramienta muy adecuada para el tipo de estudio propuesto, constituida por 20 preguntas con tres apartados (introducción, preguntas y sugerencias o comentarios). Se aplicó a usuarios del Programa de cirugía ambulatoria durante su estancia hospitalaria por un grupo de enfermeras del servicio (capacitadas respecto de los objetivos del estudio, por parte de las investigadoras). La encuesta está constituida por veinte preguntas, formuladas con un lenguaje sencillo, claro y preciso, con el fin de obtener la información necesaria. En conjunción con las variables del estudio. La misma se aplicó en las etapas pre-quirúrgica y de recuperación, en el momento en que el paciente se encuentra listo para su egreso del servicio. Se empleó la modalidad presencial con el objetivo de obtener la información para establecer las recomendaciones pertinentes para el mejoramiento del proceso de cirugía ambulatoria del H.S.V.P.

La encuesta fue entregada a cada paciente por la enfermera jefe del Servicio de cirugía ambulatoria en el período preoperatorio inmediato, es decir, el momento en que el paciente se encuentra en espera de ser llevado a la sala de operaciones. El paciente podía completar la parte inicial de la encuesta en lo referente a las etapas del proceso que ya había pasado (tramitología para la programación de su cirugía, charla preoperatoria y estancia en la sala de espera ambulatoria). Posteriormente el paciente fue llevado a la sala de operaciones para la realización del procedimiento quirúrgico y se le hacía entrega nuevamente de su encuesta en el servicio de recuperación ambulatoria, una vez que se encontraba en condiciones de egreso. De esta

forma se aseguraba que el paciente podía completar el cuestionario, si era de su voluntad realizarlo.

308 pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente durante el mes de agosto 2014 por el Programa de Cirugía ambulatoria de todas las especialidades, según el reporte del Departamento de Estadística del HSVP. De ellos, 147 colaboraron con la investigación al compartir la información solicitada en la encuesta, es decir un 47.7%.

3.9 Análisis de resultados

Una vez recolectada la información de forma escrita se realizó la transcripción de la misma, por parte de las investigadoras, a una hoja de Excel, para ejecutar el estudio de los datos según las variables investigadas y llevar a cabo el análisis estadístico respectivo. La presentación de los resultados se realiza con cuadros y gráficos para facilitar la comprensión de la información y generar una síntesis de la misma.

3.10 Limitantes del estudio

En esta investigación se pueden encontrar ciertas limitaciones en varios pasos del proceso, como pueden ser:

- Poca o ninguna colaboración del paciente.
- Paciente que no desea participar en el estudio.
- Falsedad en las respuestas de la encuesta o entrevista telefónica.
- Encuesta o entrevista telefónica incompleta.
- Retraso en la aprobación de la investigación por parte del Comité de Bioética del Hospital San Vicente de Paúl.

- Problemas inesperados en la programación de pacientes quirúrgicos del Programa de Cirugía Ambulatoria que hagan retrasar el estudio.

3.11 Plan de tabulación de análisis de la información

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	CRONOGRAMA	RECURSOS NECESARIOS
Investigadoras Mata y Obando.	Presentación de protocolo de investigación a comité de Bioética de H.S.V.P.	Un mes para presentar y un mes para obtener permiso. Fecha de presentación: 31 de mayo.	Formularios del CENDEISSS obtenidos por medio de la WEB. Acceso a internet. Computadora. Hojas. Impresora.
Investigadoras Mata y Obando.	Elegir la encuesta a utilizar.	10 días. Fecha: 10 de junio.	Bibliografía. Acceso a internet. Computadora.
Investigadora Mata.	Edición e impresión de papelería relacionada a instrumentos.	Tres días. Fecha: 15 de junio.	Recursos propios. Contrato de impresión de documentos.

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	CRONOGRAMA	RECURSOS NECESARIOS
Investigadoras Mata y Obando.	Charla de preparación y capacitación de personal de apoyo (enfermería).	Dos días para impartir la charla de 1 hora de duración. Fecha: 11 y 12 de junio.	Papelería, Power point, video y computadora.
Investigadora Mata. Personal de enfermería.	Coordinación y ejecución de aplicación de encuesta.	1 mes. Fecha: 01 al 29 de agosto	Papelería. Tablas de apoyo. Lapiceros.
Investigadoras Mata y Obando.	Recolección de los datos y ordenamiento.	7 días. Fecha: del 1 al 7 de setiembre del 2014.	Encuestas utilizadas, debidamente clasificadas por día.
Investigadoras Mata y Obando.	Procesamiento de la información.	15 días. Fecha: 15 al 30 de setiembre del 2014.	Utilización de software apropiado. Computadora.

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	CRONOGRAMA	RECURSOS NECESARIOS
Investigadoras Mata y Obando.	Análisis de resultados.	30 días. Fecha: 01 de octubre al 15 de noviembre.	Datos procesados con resultados según variables analizadas. Computadoras.
Investigadoras Mata y Obando.	Primer avance completo de presentación de informe de tesis.	Fecha: 20 de noviembre 2014.	Tesis impresa con resultados y conclusiones. Computadora. Impresora. Papel bond.
Tutor	Revisión de tesis por tutor	10 días. Fecha: 20 de noviembre a 30 de noviembre	Tiempo de tutor Tesis impresas
Lector	Revisión por lectores	30 días. Fecha: 1 de diciembre a 31 de diciembre 2014	Tiempo de lector Tesis impresas

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	CRONOGRAMA	RECURSOS NECESARIOS
Investigadoras Mata y Obando	Preparar y hacer defensa de tesis	45 días Fecha: Febrero 2015	Tiempo de investigadoras, accesos a internet, tesis listas.

Tabla 3.2. Plan de tabulación de análisis de la información

3.12. Consideraciones éticas.

Este estudio está planeado para preservar, ante todo, el respeto por los principios fundamentales de la Bioética, como lo son la autonomía, la justicia, la beneficencia y la no maleficencia. Para ello, cada participante debe firmar un consentimiento informado, que será un documento claro, con la información necesaria para que el paciente consienta o no su aplicación. La garantía del resguardo de la información es un aspecto sin discusión, pues la papelería y otros documentos que sean utilizados por las investigadoras serán confidenciales y únicamente utilizados para la investigación.

Esta investigación es éticamente conveniente gracias a que cuenta con la aprobación del comité de Bioética del Hospital San Vicente de Paul. Con esto se benefician los futuros pacientes, quienes gozarán de los cambios que se implementen a partir de los resultados obtenidos y las aplicaciones que se puedan dar para ellos.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.

El género del paciente no fue un determinante significativo en la satisfacción de los mismos hacia los diferentes aspectos de la atención, según los resultados de la encuesta.

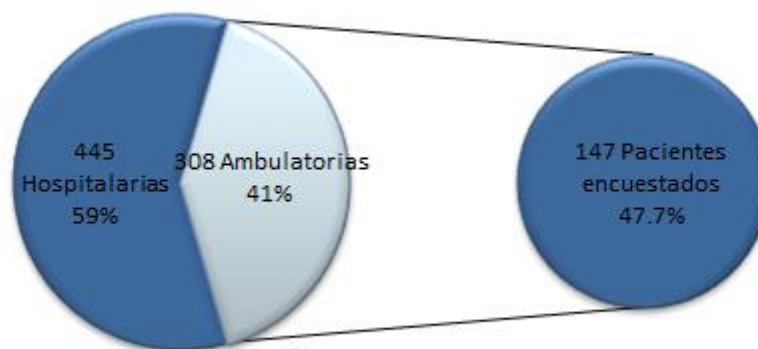
La mayoría de los pacientes incluidos en el programa de cirugía ambulatoria son residentes de las cercanías del hospital, como se muestra en el gráfico 2. La ubicación geográfica del domicilio de los pacientes es un limitante de la población para participar en este programa, quedando excluidos quienes habitan en el cantón de Sarapiquí, por ejemplo. Opinamos que esta situación podría solventarse al crear un albergue destinado a la estancia temporal de los pacientes provenientes de áreas alejadas del hospital. Hace algunos años la Junta de Salud del hospital proporcionaba este beneficio.

Vale la pena resaltar la alta satisfacción de los usuarios del Programa de Cirugía ambulatoria del hospital en cuestión, en cuanto al trato recibido por parte del personal, orientación y trámites para programar su cirugía. Uno de los pacientes mencionó haber sido operado hace cinco años y no haber recibido en aquel entonces tan buena atención como la que recibió ahora, lo cual demuestra que el servicio ha venido mejorando.

Llama la atención la gran cantidad de cirugías reprogramadas. Es fundamental que las diferentes especialidades tomen en cuenta todos los factores previsible para minimizar este aspecto que incide de manera negativa en la satisfacción de los pacientes. Algunos de estos factores son: el

cumplimiento de los requisitos preoperatorios, el mantenimiento preventivo de los equipos para evitar su malfuncionamiento o falla, el planeamiento presupuestario de los materiales e insumos necesarios para la realización de las cirugías y la organización del tiempo (adecuada programación quirúrgica) para evitar la suspensión o retraso de las cirugías.

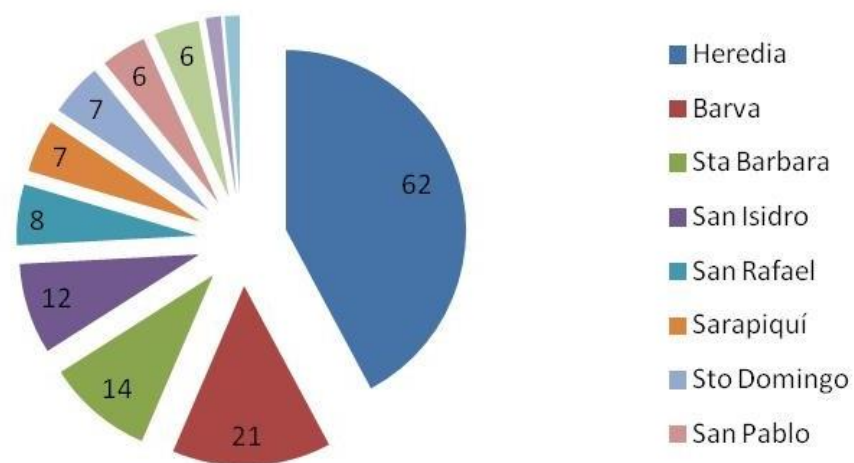
Gráfico 1. Cantidad total de cirugías realizadas en el H.S.V.P. Agosto, 2014.



FUENTE: DATOS OBTENIDOS A TRAVÉS DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN PROGRAMA DE CIRUGÍA AMBULATORIA HSVP, 2014.

La cantidad total de participantes en el llenado voluntario de la encuesta, corresponde a casi la mitad de los pacientes intervenidos por el Programa de Cirugía ambulatoria. Así, tenemos que estos constituyen una muestra significativa de la población.

Gráfico 2. Cantidad de pacientes encuestados de acuerdo con el cantón de residencia. Sala de Operaciones. H.S.V.P. Agosto, 2014.



FUENTE: DATOS OBTENIDOS A TRAVÉS DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN PROGRAMA DE CIRUGÍA AMBULATORIA HSVP, 2014.

En el gráfico 2 está la distribución de la población estudiada por área geográfica, según los 10 cantones de la provincia de Heredia. Se puede observar que la mayor cantidad de los encuestados está concentrada en los cantones más cercanos al hospital que, a su vez, son los de mayor población. Un 42% corresponde al cantón central, un 14% a Barva, 10% a Santa Bárbara y 4% al cantón de Sarapiquí.

Un dato importante de recordar es que para participar en los servicios de cirugía ambulatoria el paciente debe tener su residencia o domicilio durante el post operatorio en un lugar con ubicación no mayor a 20 kilómetros del hospital y con fácil acceso a un centro de salud en caso de emergencia.

Gráfico 3. Cantidad de pacientes encuestados según género. H.S.V.P. Agosto, 2014

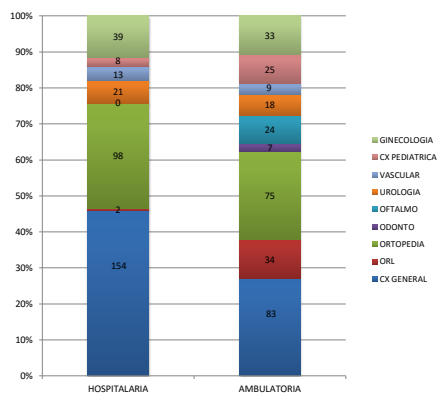


FUENTE: DATOS OBTENIDOS A TRAVÉS DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN PROGRAMA DE CIRUGÍA AMBULATORIA HSVP, 2014.

En cuanto al género, un 52% corresponde a mujeres y un 43% a hombres. El 5% de los entrevistados no indicó género.

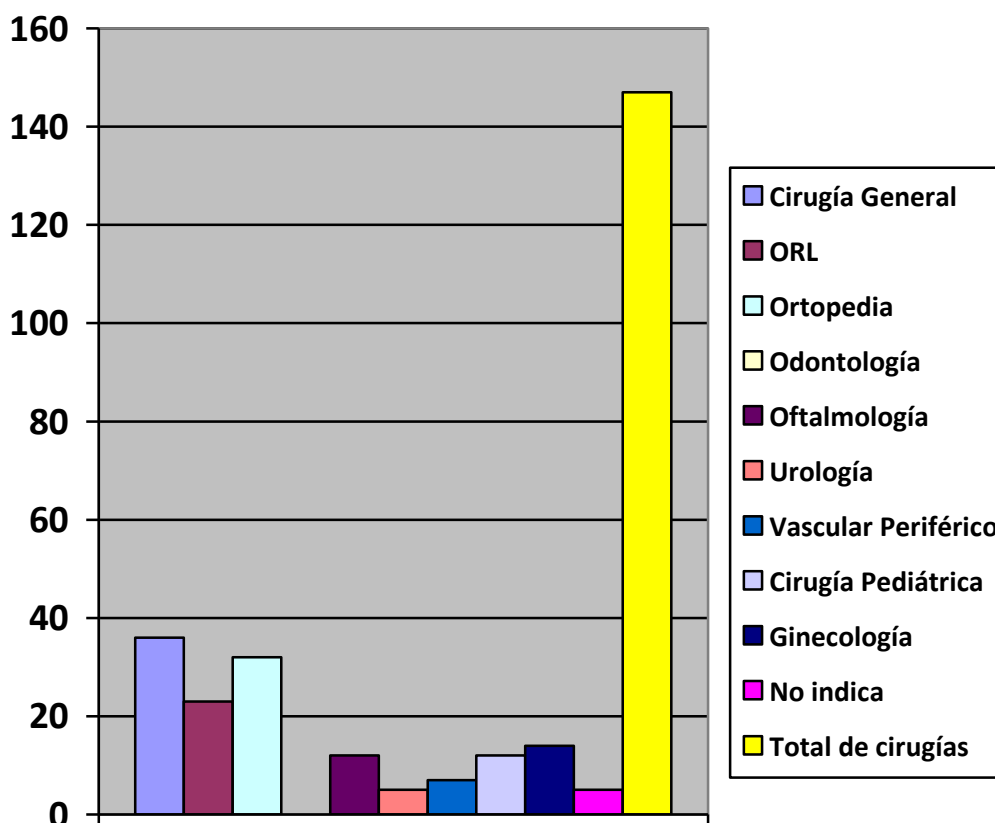
Las especialidades que más aprovechan el programa de Cirugía ambulatoria fueron Cirugía General y Ortopedia, seguidas por Otorrinolaringología y Ginecología. Vale la pena señalar que las especialidades de Oftalmología, Otorrinolaringología y Odontología realizan, en su mayoría, cirugías ambulatorias. Sólo algunos casos excepcionales corresponden a pacientes hospitalizados, ya sea por complicaciones propias de la patología del usuario o por características del procedimiento.

Gráfico 4. Cantidad de pacientes operados según especialidad quirúrgica, en el Programa de Cirugía Ambulatoria. H.S.V.P. Agosto, 2014.



FUENTE: DATOS OBTENIDOS A TRAVÉS DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN PROGRAMA DE CIRUGÍA AMBULATORIA HSVP, 2014.

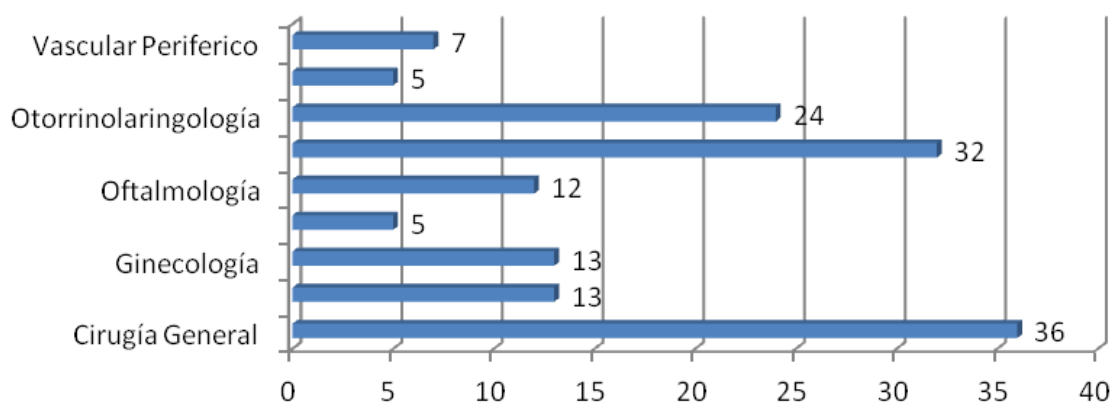
Gráfico 5. Cantidad de pacientes encuestados del Programa de Cirugía Ambulatoria según especialidad. H.S.V.P. Agosto, 2014



FUENTE: DATOS OBTENIDOS A TRAVÉS DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN PROGRAMA DE CIRUGÍA AMBULATORIA HSVP, 2014.

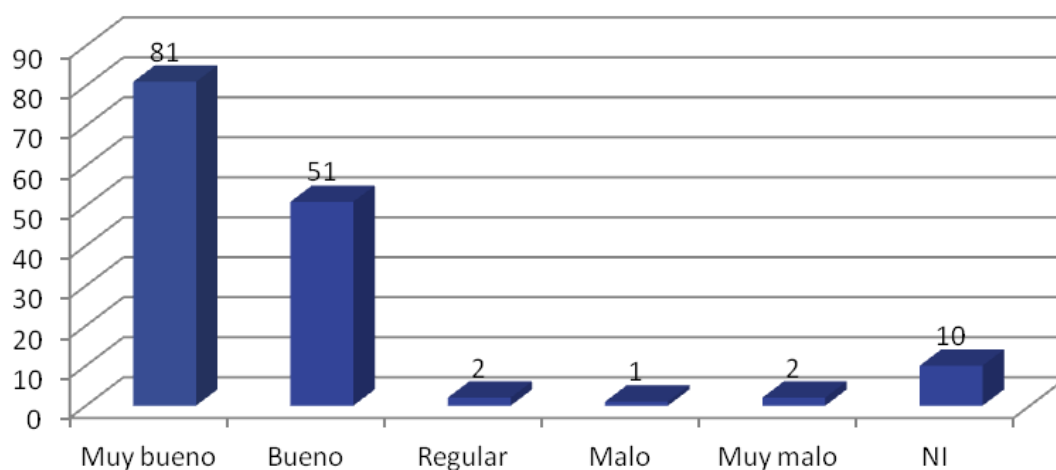
Durante el mes encuestado todas las especialidades quirúrgicas que participan en el programa de cirugía ambulatoria cumplieron con sus cronogramas de cirugías sin ningún tropiezo. Del total de los pacientes del estudio, 36 fueron operados por el servicio de Cirugía General, lo cual corresponde a una cuarta parte de los encuestados (24.5%). Un 21% pertenecían al servicio de Ortopedia y un 15.6% a Otorrinolaringología. El 60% restante se distribuyó entre las otras seis especialidades, distribución que concuerda proporcionalmente con la cantidad de pacientes de las listas de espera por especialidades.

Grafico 6. Cantidad de pacientes encuestados del Programa de Cirugía Ambulatoria según especialidad. H.S.V.P. Agosto, 2014.



FUENTE: DATOS OBTENIDOS A TRAVÉS DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN PROGRAMA DE CIRUGÍA AMBULATORIA HSVP, 2014.

Gráfico 7. Cantidad de pacientes encuestados sobre la orientación brindada para trámites y programación de cirugía. H.S.V.P. Agosto, 2014.

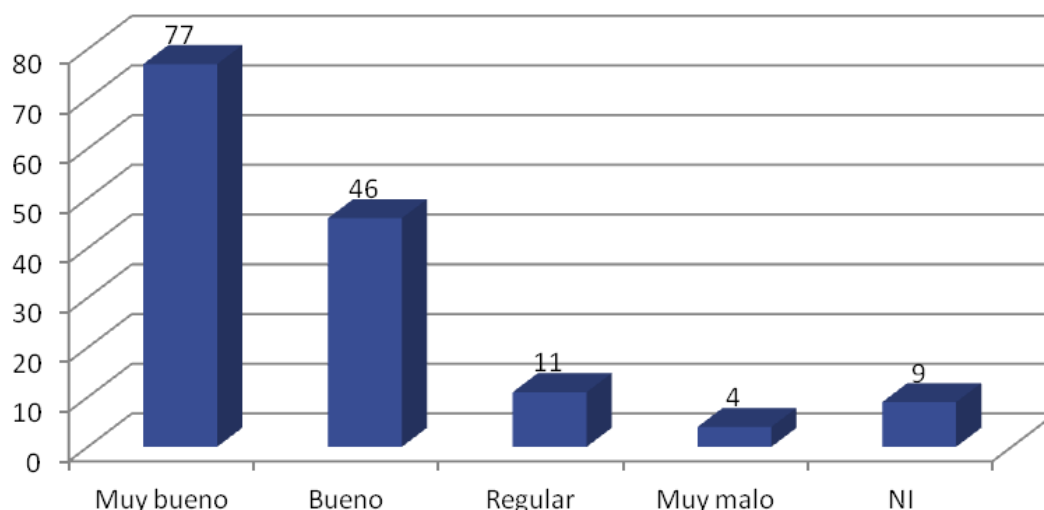


FUENTE: DATOS OBTENIDOS A TRAVÉS DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN PROGRAMA DE CIRUGÍA AMBULATORIA HSVP, 2014.

Respecto de la satisfacción con la orientación brindada para trámites y

programación de la cirugía, 81 pacientes (el 55%) respondieron que se encontraban muy satisfechos con este tipo de atención, 50 (el 34%) indicó que su satisfacción era buena, 2 (1.3 %) regular, 1 (0.6 %) mala, 2 (1.3 %) muy mala y 10 (6.8 %) no indicaron. Lo que lleva a un 89.8% de satisfacción del usuario en este punto.

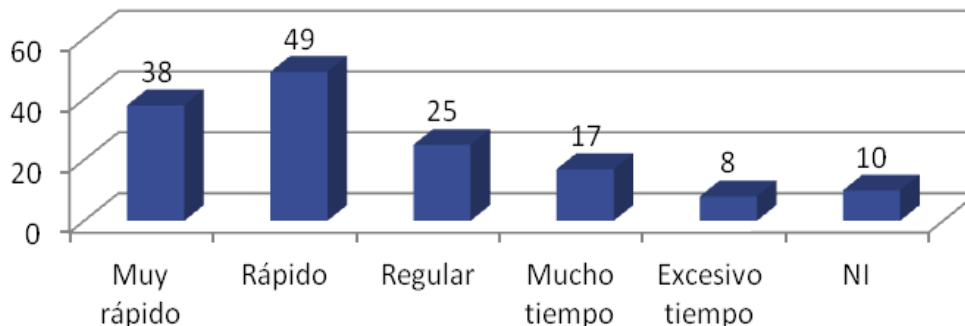
Gráfico 8. Cantidad de pacientes encuestados sobre el trato otorgado por el personal al realizar los trámites para la programación de su cirugía. H.S.V.P. Agosto, 2014.



FUENTE: DATOS OBTENIDOS A TRAVÉS DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN PROGRAMA DE CIRUGÍA AMBULATORIA HSVP, 2014.

Los usuarios opinaron que el trato otorgado por el personal al realizar los trámites para la programación de la cirugía fue muy bueno en 77 casos (52.3%), bueno para 46 (31.2%), regular para 11 (7.48%), muy malo para 4 (2.7%), y 9 (6.1%) pacientes no indicaron. Ninguno de los encuestados seleccionó la opción “malo”. Lo que corresponde a un 83.6% de satisfacción.

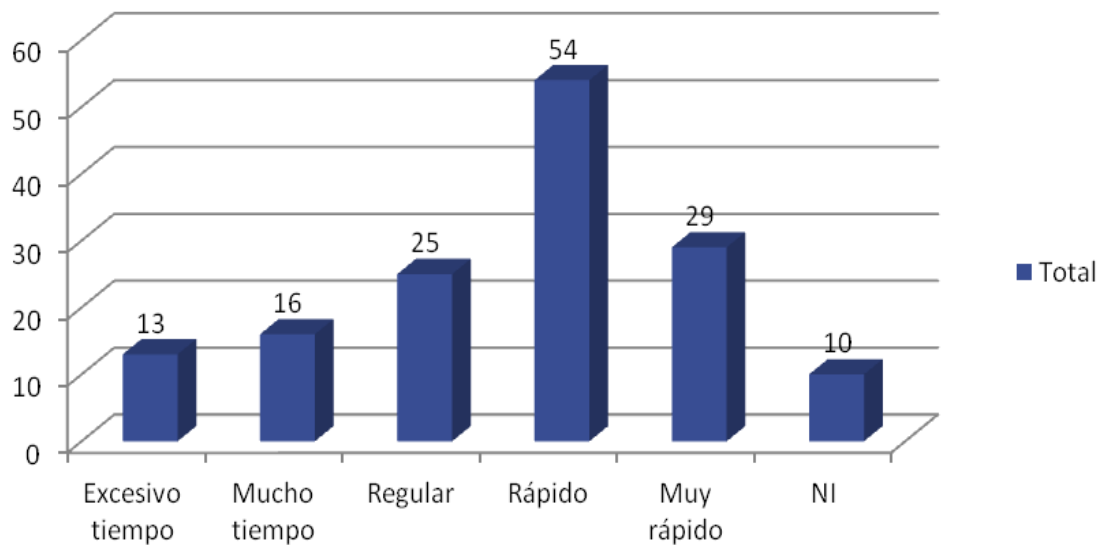
Gráfico 9. Cantidad de pacientes encuestados sobre el tiempo empleado para realizar los trámites para programar la cirugía. H.S.V.P. Agosto, 2014.



FUENTE: DATOS OBTENIDOS A TRAVÉS DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN PROGRAMA DE CIRUGÍA AMBULATORIA HSVP, 2014.

De los pacientes que participaron en la aplicación del instrumento para la recolección de los datos, 38 (25.8%) informaron que consideran muy rápido el tiempo empleado para realizar los trámites para programar la cirugía, 49 (33.3%) lo calificó como rápido, 25 (17%) regular, 17 (11.5%) como mucho tiempo, 8 (5.4%) excesivo tiempo y 10 (6.8%) no indicó su opinión. La cifra de satisfacción corresponde apenas un 59.1%.

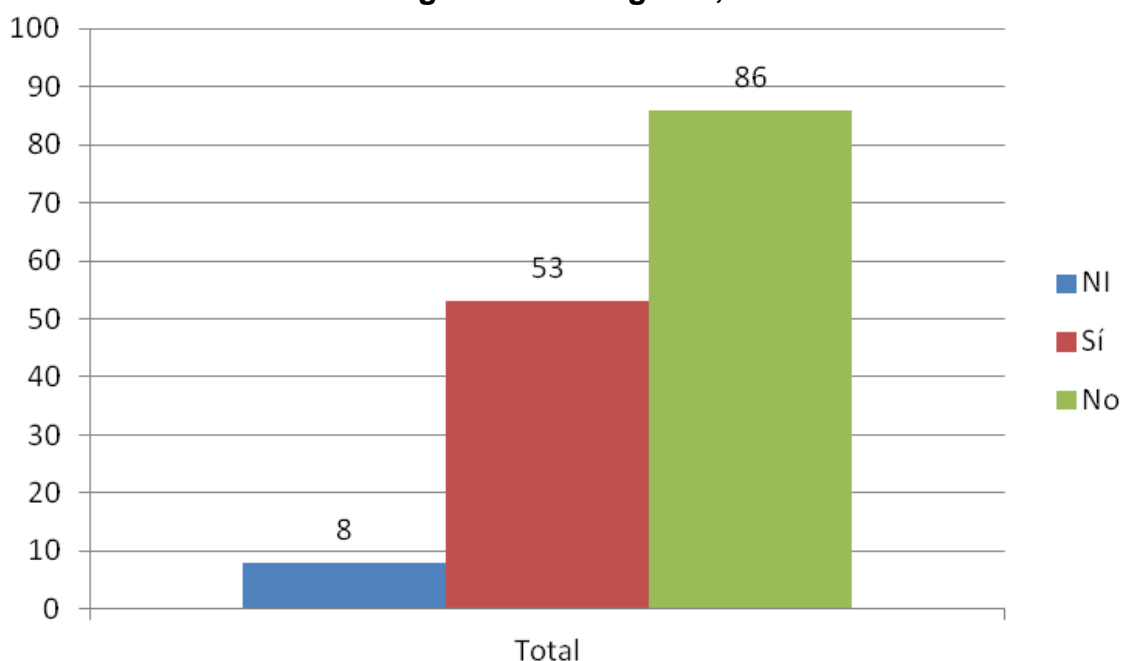
Gráfico 10. Tiempo de espera desde el inicio de trámites hasta el día de la cirugía. H.S.V.P. Agosto, 2014.



FUENTE: DATOS OBTENIDOS A TRAVÉS DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN PROGRAMA DE CIRUGÍA AMBULATORIA HSVP, 2014.

El tiempo de espera desde el inicio de los trámites hasta el día de la cirugía fue calificada como muy rápido por 29 pacientes (el 19.7 %), rápido por 54 (el 36.7 %), regular por 25 (el 17 %). Para 16 encuestados tomó mucho tiempo (el 10.8 %), tomó excesivo tiempo para 13 encuestados (el 8.8 %) y 10 (el 6.8 %) no indicaron. Este punto crea gran insatisfacción en el usuario, pues apenas un 56.4% o consideraron rápido o muy rápido.

Gráfico 11. Cantidad de pacientes en que se reprogramó la cirugía. H.S.V.P. Agosto, 2014.

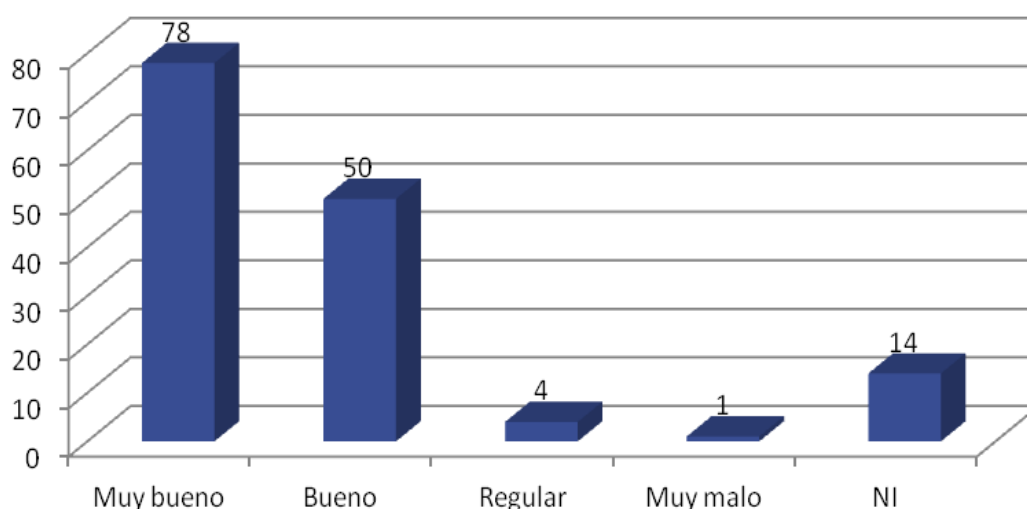


FUENTE: DATOS OBTENIDOS A TRAVÉS DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN PROGRAMA DE CIRUGÍA AMBULATORIA HSVP, 2014.

En este gráfico se aprecia que 53 de los encuestados (36%) informaron que su cirugía fue reprogramada, en contraste con 86 (el 58.5%) que señala lo contrario y 8 (5.5 %) que no indicaron nada. Entre los motivos anotados por estos usuarios para reprogramarles el procedimiento figuran la prioridad de otras cirugía (5 casos), la incapacidad del médico (3 casos), la falta de insumos o problemas del equipo (5 casos), tramitología o requisitos preoperatorios incompletos (5 casos) y por causa médica del paciente (un caso por resfrío). Veintitrés de los encuestados señalaron que su cirugía fue reprogramada pero no indicaron, no se aclara si por desconocimiento, el motivo por el cual esto se dio. Surge la duda para algunos casos (8 encuestados), de si la pregunta fue bien comprendida por el paciente, ya que aunque indicaron que la cirugía fue

reprogramada, anotaron como causa el mismo diagnóstico de su procedimiento. Otro dato importante de mencionar es que la mayoría de las cirugías reprogramadas pertenecen a las especialidades de ortopedia (en primer lugar) y cirugía general.

Gráfico 12. Información ofrecida en la charla preoperatoria. H.S.V.P. Agosto, 2014.

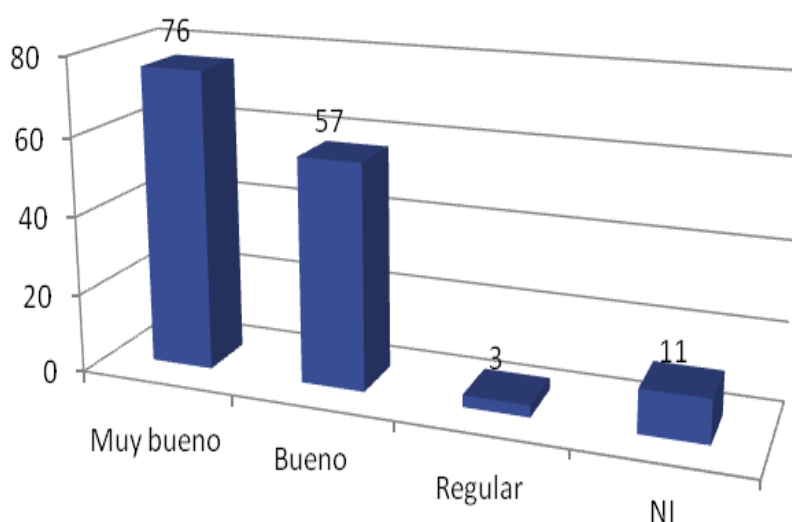


FUENTE: DATOS OBTENIDOS A TRAVÉS DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN PROGRAMA DE CIRUGÍA AMBULATORIA HSVP, 2014.

La información ofrecida en la charla preoperatoria fue percibida como muy buena por 78 usuarios (el 53%), buena por 50 (el 34%), regular por 4 (2.7%), muy mala por 1 (0.6%) y 14 pacientes (el 9.5%) no indicaron nada. Ningún encuestado seleccionó la opción "malo". Tres pacientes, uno de cirugía pediátrica y dos de cirugías ortopédicas mencionaron que no recibieron ninguna charla preoperatoria, uno de ellos por haber sido emergencia (ortopedia), según señaló. Otro usuario que seleccionó la opción "regular", definió como "muy poco profesional" a quien impartió la información, ya que "no tenía modo para explicarlas de nuevo", según anotó, y expone que el vocabulario utilizado en las mismas estuvo constituido por palabras como si los

pacientes “fueran doctores”. Llama la atención, ya que esta charla es impartida por la enfermera perioperatoria, quien está habituada a brindar estas informaciones a los pacientes. Estas charlas preoperatorias obtuvieron un 87% de satisfacción entre los usuarios.

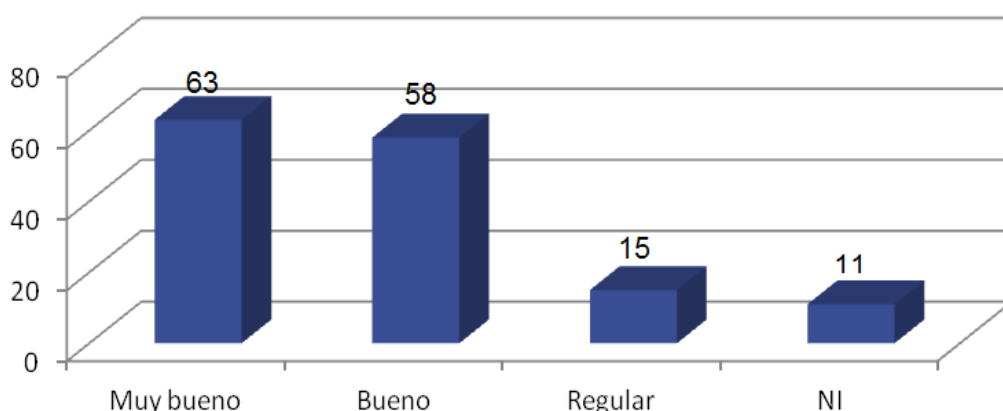
Gráfico 13. Evacuación de dudas y explicación de procesos por parte del personal. H.S.V.P. Agosto, 2014.



FUENTE: DATOS OBTENIDOS A TRAVÉS DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN PROGRAMA DE CIRUGÍA AMBULATORIA HSVP, 2014.

Los usuarios encuestados señalaron que consideraban muy buena la evacuación de dudas y explicación de procesos por parte del personal en 76 casos (el 51.7%), buena en 56 (el 38%), regular en 3 (el 2%). 11 pacientes no indicaron nada (7.5%) y ninguno seleccionó la opción “malo”. La madre de un usuario de cirugía pediátrica señaló que es importante que se amplíen las explicaciones y la información respecto del consentimiento informado, ya que ni siquiera se describía el procedimiento que le iban a realizar a su hijo. Este ítem encuestado nos permite saber que el usuario encuentra en un 90.4% adecuada respuesta a las dudas durante el desarrollo del proceso.

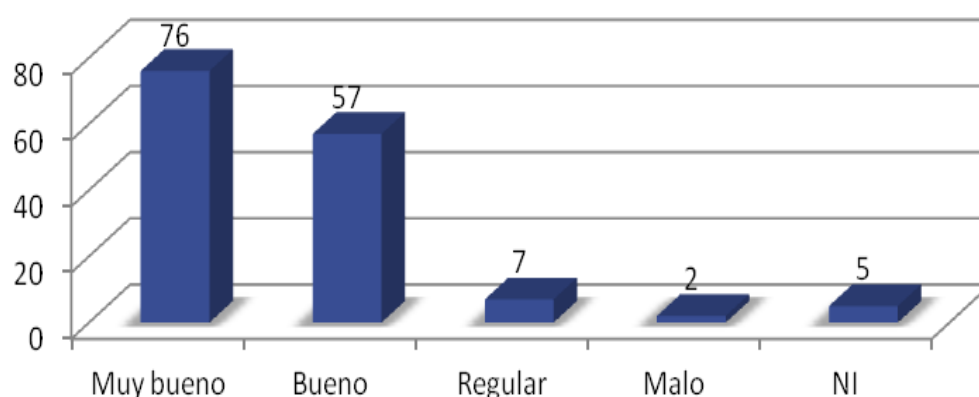
Gráfico 14. Opinión de los pacientes encuestados acerca del área donde se imparten las charlas. H.S.V.P. Agosto, 2014.



FUENTE: DATOS OBTENIDOS A TRAVÉS DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN PROGRAMA DE CIRUGÍA AMBULATORIA HSVP, 2014.

El área donde se efectuaron las charlas fue calificada como muy buena por 63 pacientes (el 42.8%) de los usuarios encuestados, buena por 58 (el 39.4%), regular por 15 (el 10.2) y 11 pacientes (el 7.5%) no indicaron nada. Una persona señaló que considera el área muy pequeña. Este apartado obtuvo un 82.3% de satisfacción del usuario entrevistado.

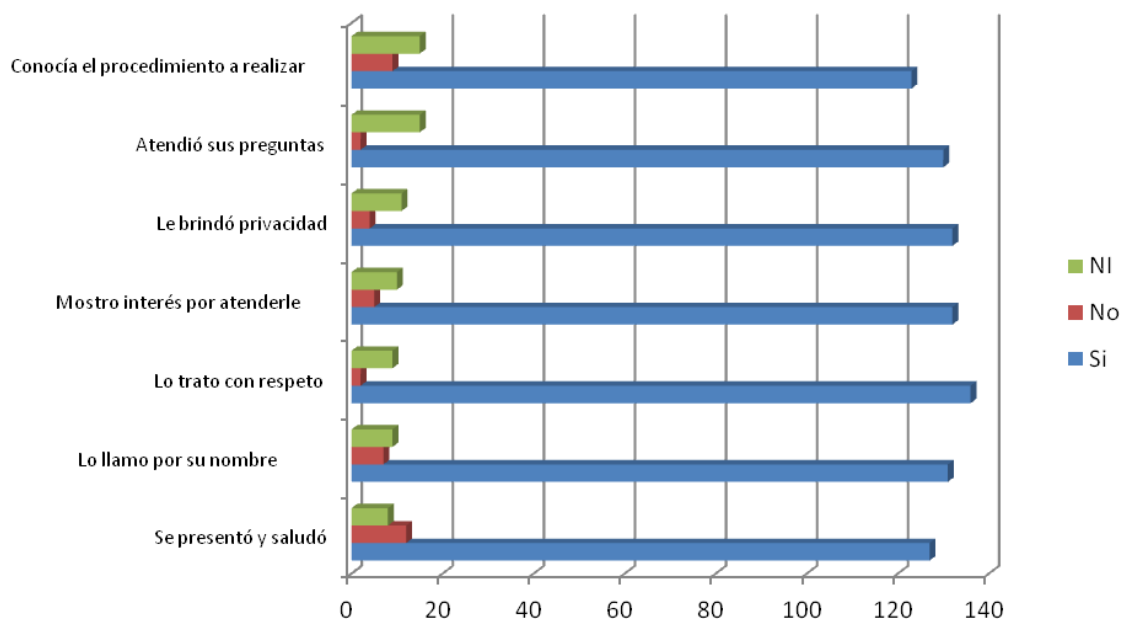
Gráfico 15. Opinión de los pacientes encuestados acerca del área de sala de espera. H.S.V.P. Agosto, 2014.



FUENTE: DATOS OBTENIDOS A TRAVÉS DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN PROGRAMA DE CIRUGÍA AMBULATORIA HSVP, 2014.

Con respecto del área de espera, se documentó que 76 pacientes (el 51%) la reporta como muy buena, 57 (38.7%) buena, 7 (4.7%) regular, 2 (1.36%) malo y 5 (el 3.4%) no indicaron. Algunos usuarios acotaron que opinaban que la sala de espera es muy pequeña y que los asientos son muy duros. Un 89% del total de los usuarios entonces, consideraron como muy buena y buena el área de espera, lo que corresponde a casi un 90 % de satisfacción.

Gráfico 16. Aspectos evaluados del ingreso a sala de operaciones respecto del personal médico y de enfermería. H.S.V.P. Agosto, 2014.

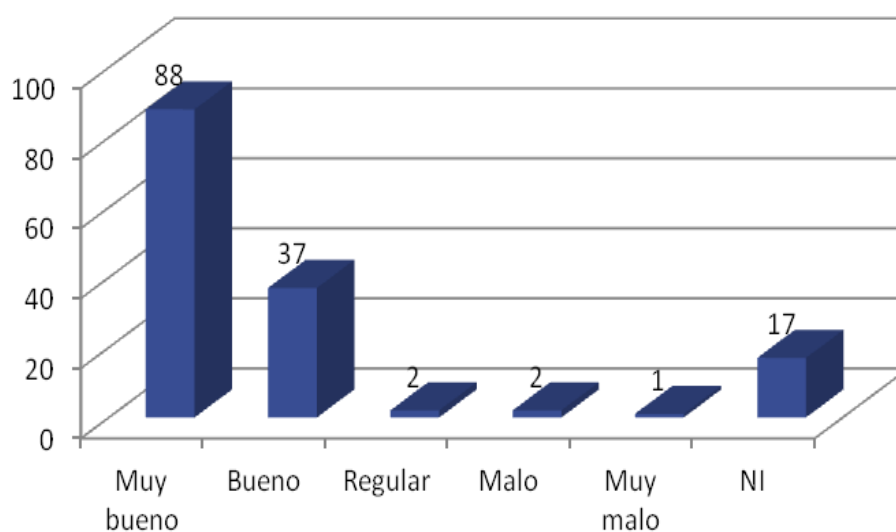


FUENTE: DATOS OBTENIDOS A TRAVÉS DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN PROGRAMA DE CIRUGÍA AMBULATORIA HSVP, 2014.

Acerca de los aspectos evaluados del ingreso a sala de operaciones del personal médico y de enfermería 127 pacientes (86%) indicaron que se presentó y saludó, 12 (8.1%) señalaron que no lo hicieron y 8 (5.4%) no indicó. 131 (89.1%)de los encuestados informaron que les llamaron por su nombre, 7

(4.7%) que no fue así y 9 (6.1%) no indicaron. 136 (92.5%) usuarios recibieron trato con respeto, 2 (1.36%) no lo recibieron y 9 (6.1%) no indicaron. 132 (89.7%) señalaron que el personal de enfermería mostró interés en atenderle, 5 (3.4%) que no lo mostraron y 10 (6.8%) no indicaron. A 132 (89.7%) usuarios se les brindó privacidad, 4 (2.7%) no la recibieron y 11 (7.48%) no indicaron. 130 (88.4%) pacientes informaron que se atendieron sus preguntas, 2 (1.36%) que no fue así en sus casos particulares y 15 (10.2%) no indicaron. 123 encuestados (83.6%) señalaron que el personal de enfermería conocía el procedimiento a realizar, 9 dijeron(6.1%) que no lo conocían y 15 (10.2%) no brindaron este dato. Vemos aquí que sobresale el buen trato hacia los usuarios, así como el conocimiento del personal de los procedimientos por efectuar. En resumen, un 88.5% opino favorable en los distintos aspectos relacionados al trato médico paciente.

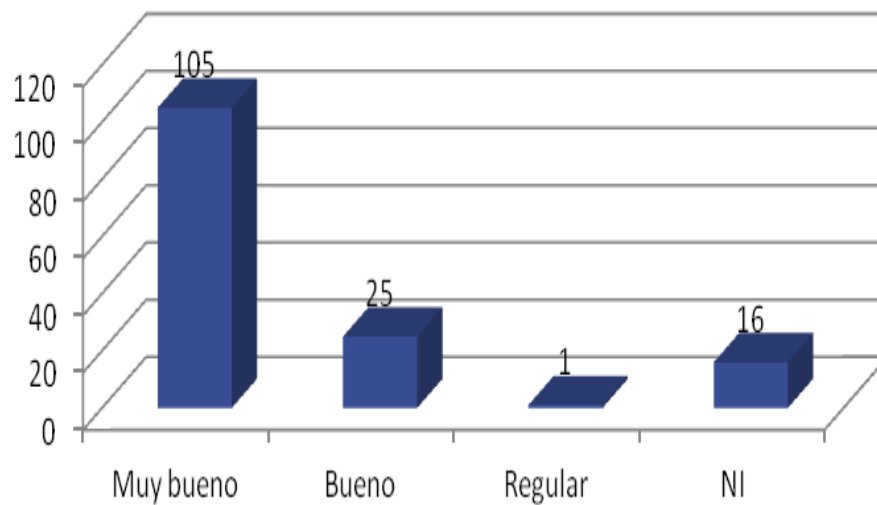
**Gráfico 17. Información ofrecida en sala de recuperación.
H.S.V.P. Agosto, 2014.**



FUENTE: DATOS OBTENIDOS A TRAVÉS DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN PROGRAMA DE CIRUGÍA AMBULATORIA HSVP, 2014.

La información ofrecida en sala de recuperación recibió una muy buena calificación de 88 (59.8%) de las personas encuestadas, buena de 37 (25.1%), regular en 2 (1.36%), mala en 2 (1.36%) muy mala en 1 (0.68%) y 17 pacientes (11.56%) no brindaron esta información. Lo que corresponde a un 84.9% de satisfacción del usuario. En este respecto cabe la duda de que el efecto aún persistente de anestesia, pudo haber influido en la respuesta.

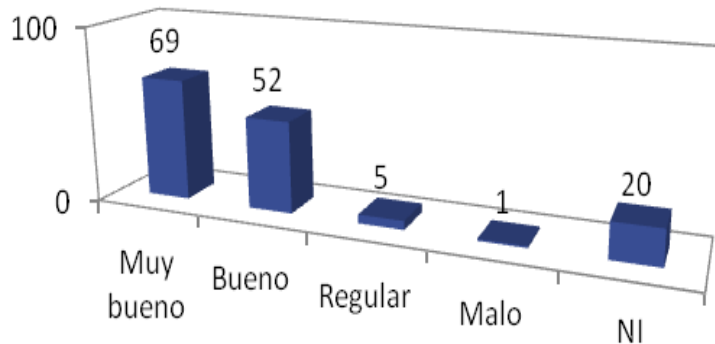
**Gráfico 18. Trato brindado en sala de recuperación.
H.S.V.P. Agosto, 2014.**



FUENTE: DATOS OBTENIDOS A TRAVÉS DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN PROGRAMA DE CIRUGÍA AMBULATORIA HSVP, 2014.

El trato brindado en sala de recuperación fue percibido como muy bueno por 105 (71.5%) de los entrevistados, bueno por 25 (17%), regular por 1 (0.68%) y 16 (10.8%) no indicó su opinión. Ninguno de los encuestados seleccionó la opción “malo”. Con una respuesta total de 87.5% de satisfacción.

Gráfico 19. Prontitud en la atención del manejo del dolor postoperatorio. H.S.V.P. Agosto, 2014.

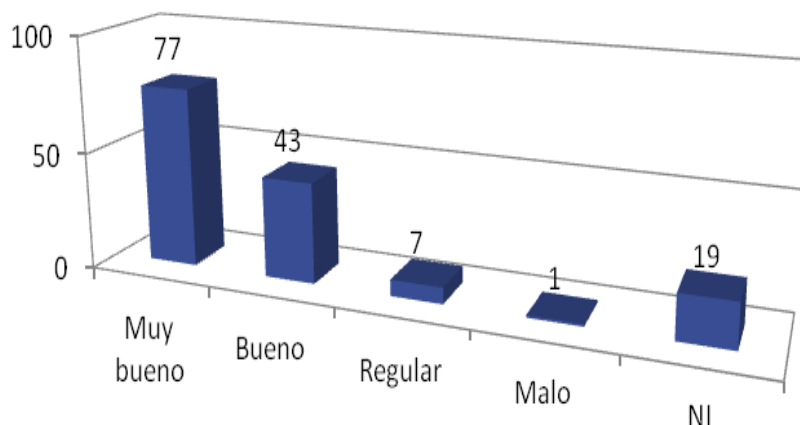


FUENTE: DATOS OBTENIDOS A TRAVÉS DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN PROGRAMA DE CIRUGÍA AMBULATORIA HSVP, 2014.

La prontitud en la atención del manejo del dolor postoperatorio fue calificada como muy buena por 69 (47%) de los encuestados, buena por 52 (35.3%), regular por 5 (3.4%), malo por 1 (0.68%). 20 pacientes (35.3%) no brindaron este dato. Lo que corresponde a un 82.3% de satisfacción.

Ningún encuestado seleccionó la opción “muy malo”. En el caso de los 20 usuarios que no brindaron información respecto del manejo del dolor postoperatorio, vale la pena cuestionarse si se debió a que muchos no requirieron este protocolo, ya que salieron del procedimiento quirúrgico con analgesia colocada.

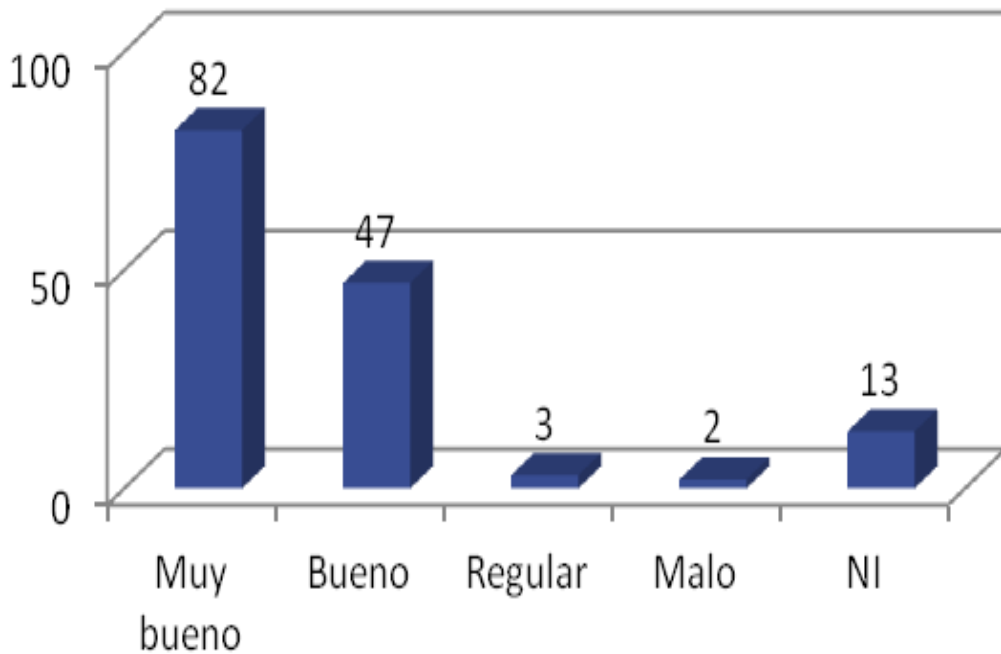
**Gráfico 20. Explicación clara de la cirugía realizada y de los cuidados y signos de alarma postoperatorios.
H.S.V.P. Agosto, 2014.**



FUENTE: DATOS OBTENIDOS A TRAVÉS DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN PROGRAMA DE CIRUGÍA AMBULATORIA HSPV, 2014.

Con respecto de la claridad de la explicación acerca de la cirugía efectuada y de los cuidados y signos de alarma postoperatorios, 77 (52.3%) de los entrevistados opinó que fue muy buena, 43 la consideraron (29.2%) buena, 7 (4.7%) regular, 1 (0.68%) malo y 19 usuarios (12.9%) no indicaron nada. Ninguno de los encuestados seleccionó la opción “muy malo”. Solamente un 81.5% de satisfacción correspondió a esta pregunta.

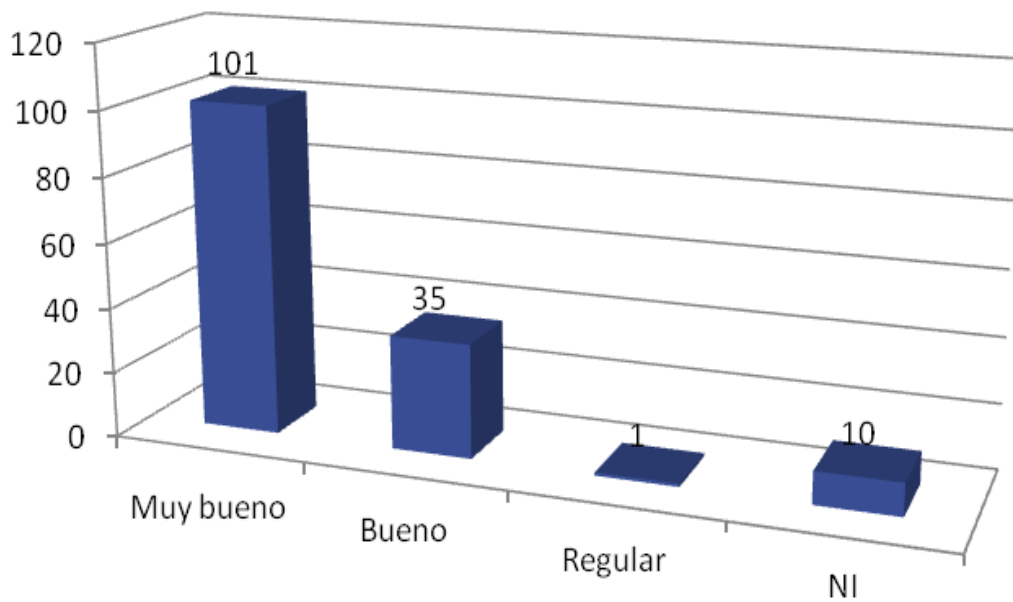
Gráfico 21. Opinión de los pacientes entrevistados respecto de las recomendaciones para el hogar. H.S.V.P. Agosto, 2014.



FUENTE: DATOS OBTENIDOS A TRAVÉS DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN PROGRAMA DE CIRUGÍA AMBULATORIA HSVP, 2014.

Las recomendaciones para el hogar fueron muy buenas para 82 (55.7%) de los participantes de la encuesta, buenas para 47 (31.9%), regulares para 3 (2.04%), malas para 2 (1.36%) y 13 (8.8%) no contestaron. Ninguno de los encuestados seleccionó la opción “muy malo”. La mayoría de los usuarios marcaron “muy bueno” o “bueno”, lo que apunta a una alta satisfacción en cuanto a este tema. Aquí se encontró un 87% de satisfacción del usuario, es decir una aceptación de muy buena o buena las recomendaciones al egreso del procedimiento, para ir al hogar.

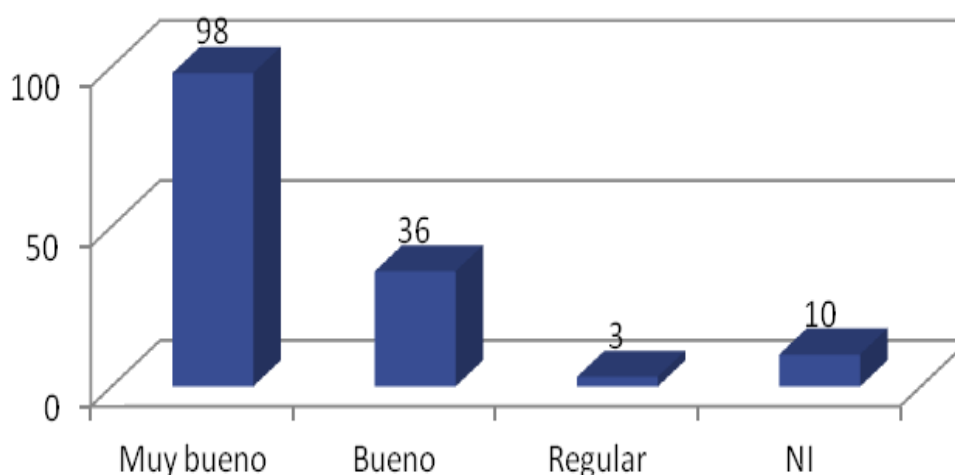
Gráfico 22. Opinión de los pacientes entrevistados en cuanto al aseo de las instalaciones. H.S.V.P. Agosto, 2014.



FUENTE: DATOS OBTENIDOS A TRAVÉS DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN PROGRAMA DE CIRUGÍA AMBULATORIA HSPV, 2014

Con respecto del aseo de las instalaciones 101 entrevistados (68.7%) lo consideró muy bueno, 35 (23.8%) bueno, 1 (0.68%) regular y 10 (6.8%) no contestaron. Ninguno de los encuestados seleccionó la opción “malo”, ni “muy malo”. Esto refleja una alta satisfacción en este aspecto, lo cual es importante ya que se trata de un área destinada a fines quirúrgicos y es requisito que esté muy limpia. Se obtuvo un 92.5% de satisfacción por parte del usuario en relación al aseo.

Gráfico 23. Calificación del proceso total de la atención quirúrgica. H.S.V.P. Agosto, 2014.



FUENTE: DATOS OBTENIDOS A TRAVÉS DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN PROGRAMA DE CIRUGÍA AMBULATORIA HSVP, 2014

El proceso total de la atención quirúrgica obtuvo una calificación de muy buena según 98 (66.6%) de los usuarios encuestados, buena de acuerdo con 36 (24.5%), regular para 3 (2.04%) y 10 personas (6.80%) no contestaron. Ninguno de los encuestados seleccionó la opción “malo”, ni “muy malo”. Para 134 usuarios (91%), hay una alta satisfacción, lo cual corresponde a la mayoría de los pacientes del Programa de Cirugía Ambulatoria entrevistados.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

El Programa de Cirugía Mayor Ambulatoria se centra, en atender pacientes de las diferentes especialidades quirúrgicas, cuyo estado de salud permite ser intervenido quirúrgicamente y posteriormente egresado en un tiempo menor a ocho horas desde su ingreso. De esta manera se hace un uso optimizado de las camas hospitalarias.

Se observó que los usuarios de este programa se encuentran muy satisfechos con el trato y atención recibida por parte del personal de salud involucrado en el área quirúrgica ambulatoria. Incluso en observaciones adicionales anotaron su alta gratitud por la atención dada, calificando en varias ocasiones el trato como “muy humano” y felicitando al personal por su labor.

Según los resultados de la encuesta, los objetivos evaluados por medio de las variables analizadas, se encontró que el trato recibido y la orientación brindada en la tramitología preoperatoria, fue insatisfactoria para los usuarios pues se encontró apenas un 70% de satisfacción entre los entrevistados.

En lo que respecta al área física donde se imparten estas charlas fue calificada por los usuarios entrevistados como pequeña, sin embargo, este aspecto no influyó desfavorablemente en la percepción de satisfacción del usuario en general, pues fue calificada con un 88% de satisfacción.

Notamos durante el desarrollo de la investigación que el servicio de Cirugía ambulatoria del H.S.V.P cuenta con un recurso humano altamente capacitado y exclusivo para el desarrollo del programa. Este equipo de trabajo se caracteriza por ser de baja rotación y alta permanencia en el servicio, lo que contribuye a una mayor capacidad de resolución de las diversas situaciones que se presentan en esta área. Esto último incide en una mayor satisfacción del usuario, expresada en la encuesta con un 87% en la relación médico paciente.

Además, en nuestra investigación logramos identificar una deficiencia en relación al lenguaje y terminología empleado por el personal de salud, tanto de forma escrita como oral, a la hora de brindar la información pre y postquirúrgica al paciente.

Las especialidades que más utilizan el Programa de Cirugía Ambulatoria, son Cirugía General y Ortopedia, las cuales poseen las mayores listas de espera y emplean este recurso como una alternativa para solventar esta problemática. Los servicios de Otorrinolaringología, Oftalmología, y Odontología hacen uso de este sistema como única forma de operar a sus pacientes, debido a que no cuentan con camas hospitalarias asignadas.

CAPÍTULO VI

RECOMENDACIONES

Debido a la alta satisfacción de los usuarios, la calidad de la atención recibida y el impacto positivo sobre las listas de espera para cirugía; creemos importante que más cirugías de las diversas especialidades sean incluidas en este programa. Además, sería relevante que se amplíe la cirugía ambulatoria vespertina a más días de la semana e incluya sábados y domingos, para un mejor aprovechamiento de los quirófanos y del recurso humano disponible. Un aporte más que se puede rescatar de los resultados obtenidos, es que el personal que tenga contacto con el paciente dentro del área quirúrgica, conozca el nombre del usuario a operar, así como el procedimiento que se le va a realizar, ya que esto genera seguridad y mayor satisfacción de la atención.

Es importante considerar, utilizar un área física más amplia para impartir las charlas, o distribuir a los usuarios en diferentes horarios según la especialidad por la que van a ser intervenidos, pues actualmente se realiza una charla para todos los pacientes que se operan en una semana, lo que hace insuficiente el espacio.

En cuanto a las recomendaciones para fortalecer la prestación del servicio de Cirugía Ambulatoria del Hospital San Vicente de Paúl, se debe exhortar a los diferentes servicios quirúrgicos del Hospital, a optimizar el uso del Programa y aprovechar los beneficios que ofrece la atención de los pacientes por medio del programa de Cirugía Ambulatoria, tales son los casos de Ginecología y

Urología, cuyo número de pacientes operados por este programa es bajo. Además, cabe resaltar el impacto positivo que podría tener el hacer del conocimiento de las autoridades del Hospital, la importancia de brindar el recurso tanto humano como económico, para el mantenimiento y desarrollo del área de Cirugía Ambulatoria, que resulta ser un programa fundamental para la disminución de las listas de espera quirúrgicas, para lograr su fortalecimiento. Por otro lado, los resultados obtenidos reflejan que los servicios de Ginecología y Urología, entre otros, podrían hacer mayor uso del programa de Cirugía Ambulatoria, con lo cual lograrían disminuir la estancia hospitalaria, y se podrían utilizar las camas en pacientes cuyos procedimientos quirúrgicos requieren mayor tiempo de internamiento.

También se podría capacitar a las personas encargadas de las charlas informativas, antes y después de las cirugías, para hacerlo en un lenguaje sencillo, que sea accesible e inteligible para cualquier paciente, con el fin de lograr una mayor comprensión de las indicaciones y recomendaciones. Otros aspectos por mejorar, incluyen que el personal a cargo posea conocimiento respecto del procedimiento por realizar al paciente, al igual que el hecho de conocer el nombre de la persona a operar, ya que esto genera seguridad en el usuario.

Por tanto estas son las recomendaciones consideradas como principales para mejorar la satisfacción del usuario de este servicio:

- Disminuir la tramitología de los pacientes de Listas de Espera con implementación de un sistema informático automatizado.
- Mejorar los procesos de programación de pacientes para evitar la

reprogramación por causas prevenibles.

- Fortalecer la información al paciente utilizando boletines con material dirigido a la atención pre y pos quirúrgico según especialidades.
- Aumentar la calidad y el número las charlas pre operatorias, preferiblemente enfocadas a grupos de pacientes por especialidad quirúrgica
- Continuar incentivando el buen trato del personal médico y enfermería a los pacientes y sus acompañantes.
- Aumentar el número de asientos en área de espera para el confort de los acompañantes.
- Gestionar la reapertura de un albergue para los pacientes de cantones alejados.
- Realizar periódicamente encuestas de satisfacción al usuario para tener control de la calidad de atención.

Es importante señalar que a la fecha, muchas de las recomendaciones derivadas de esta investigación, han sido puestas en marcha.

REFERENCIAS

Abarca, A. (2010). *La calidad desde los usuarios del servicio de salud*. En U. d. Pública, *La Salud Pública en Costa Rica. Estado actual retos y perspectivas*. (págs. 471-490). San José: Universidad de Costa Rica.

Aguilar-Barojas, S. (enero-agosto de 2005). *Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud* [electronic version]. Secretaría de Salud del Estado de Tabasco, vol. 11 (No. 1-2). Recuperado el 24, abril, 2014, de redalyc.org: <http://www.redalyc.org/pdf/487/48711206.pdf>

Alfaro, L. A. (s.f.). Evaluación de la satisfacción de los usuarios del servicio de Cirugía. *Universidad Estatal a Distancia. Escuela de Ciencias Exactas y Naturales. Tesis de Graduación*. Costa Rica.

Ayala, S., Cristiani, F., y Saralegui, J. (2011). *Satisfacción del paciente en un Servicio de Anestesia Ambulatoria*. *Anestesia Analgesia y Reanimación*, 24 (2), 53-58.

Brito, P. (setiembre de 2009). Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral [electronic version]. *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 126 (No 3). Recuperado el 24, abril, 2014,

de http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892009000900012&script=sci_arttext.

Caja Costarricense del Seguro Social (Noviembre de 2011). *Programa de Cirugía Ambulatoria. Hospital San Vicente de Paúl. Organización y procedimientos.*

Chirigliano, V., y Noceti, M. (2002). Evaluación de una de cirugía de día. *Revista Panamericana de Salud Pública* 12(5), 333-338.

Contreras, M., Quevedo, A., Rodríguez, N., Rojas, A., Rodríguez, A., y Gavidia, C. (Mayo-junio de 2008). La evaluación médica preoperatoria como estrategia de atención integral en salud [electronic version]. *Revista Latinoamericana e Hipertensión, vol. 3 (No. 3)*, Recuperado el 24, octubre, 2014, de <http://www.redalyc.org/pdf/1702/170216961006.pdf>.

Crosby, P. (1979). *Quality is free*. Nueva York: Mc Graw Hill.

De León, O., Arteaga, O., y Schiattino, I. (2003). Medición del nivel de satisfacción de usuarios que asisten al centro de salud de Acatenango, Guatemala. *Revista Chilena de Salud Pública*, vol 7(2) 80-87.

Departamento de Estudio y Desarrollo Marcela Pezoa. (2004). *Propuesta metodológica que permite evaluar la percepción de la calidad percibida desde los usuarios de salud*. Obtenido de Sitio web de Superintendencia de Salud: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-7318_recurso_1.pdf

Fernández, B., García, C., Marquez, C., y Fontan, I. (1999). Caracterización de la cirugía mayor ambulatoria en un hospital general básico. *Revista Española de Salud Pública*, vol 73(1) 71-80.

Fundación CETMO. (noviembre de 2006). *Manual de apoyo para la implantación de la gestión de la calidad según Norma UNE-EN 13816. Capítulo 5. Medir la satisfacción de los clientes*. Recuperado el 26 de Marzo de 2014, de Fomento.gob.es: <https://www.fomento.gob.es/NR/rdonlyres/46E6424E-F140-4F6B-9463-FD0B2CAA31A8/25587/Cap5Medirlasatisfacciondelosclientes1.pdf>

García, A., Docobo, F., Mena, J., Cárave, A., Vásquez, J., & Durán, I. (2003). Índices de satisfacción y calidad percibida en una unidad de cirugía mayor ambulatoria de un hospital de tercer nivel [electronic version]. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, Vol. 95 (N.º 12). Recuperado el 24, abril, 2014 de http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.reed.es%2FdownloadContenido.php%3FidContenido%3D1211%26idioma%3Des&ei=2rzzVJdO05LIBKPlgvAl&usg=AFQjCNE_fULowuAj9Q8p1kDwiHQo9NdXhw&sig2=Cz-iKaFy3QnRYru7cgli6A.

Ghosh, S., y Sallam, S. (1994). Patient satisfaction and postoperative demands on hospital and community services after day surgery. *British Journal of Surgery* vol 81, 1635-1638.

Gonzalez, W. V. (2011). *Atención Primaria de salud en Costa Rica*. San José, Costa Rica: EDNASSS.

Grau N, M. R. (1997). Hospitalizaciones evitables por cirugía sin ingreso en la Comunidad Valenciana: un estudio Delphi. *Revista Española de Salud Pública*. Vol 71(4), 346-356.

Hospital Universitario del Valle Evaristo García ESE. (2010). *Calidad de la atención en salud: Percepción de los usuarios* [electronic version]. Cali, Colombia: Hospital Universitario del Valle Evaristo García ESE. Recuperado el

24, abril, 2014 de <http://www.fundacionfundesalud.org/pdf/files/calidad-de-la-atencion-en-salud.pdf>

Improven Consultores. (Octubre de 2001). *Calidad Total-EFQM-ISO 9000 ¿Diferencias y Similitudes?* Obtenido de Sitio web de Improven-Consultores: http://cursos.campusvirtualesp.org/pluginfile.php/2343/mod_resource/content/1/Modulo_4/Lecturas_Complementarias/Semana_2_M4.S2._Lectura_opcional_3_sobre_ISO_EFQM.pdf

Lathrop, A. B. (1999). La satisfacción de los usuarios de atención primaria de salud, en dos modelos de gestión aplicados a a CCSS. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamerica* ,vol LVI(547) 69-75.

Montero, Ch. (1998). Factores de la cultura organizacional y su relación en la satisfacción de los médicos y los pacientes en la Consulta Externa. *Revista de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social* , vol 6 (1) 82-86.

Morales, M., y Carvajal, C. (2008). Percepción de la calidad de atención por el usuario de consulta externa del Centro de Salud Villa Candelaria. *Revista Médica*. [electronic version]. Recuperado el 24, abril, 2014 de <http://saludpublica.bvsp.org.bo/textocompleto/bvsp/boxp76/V.19N29-2008--24-28.pdf>

Naresh, M. (1997). *Investigación de mercados. Un enfoque práctico*. (2da. ed.). México: Prentice Hall.

Navas, W., Navas, Y., y Sibaja, J. (Febrero de 2008). Grado de satisfacción de los usuarios de los servicios que ofrece la sección de medicina general de la consulta externa de la clínica Solón Núñez Frutos. *Universidad de las Ciencias*

y el Arte de Costa Rica. Escuela de Administración. Proyecto de Graduación .
Costa Rica.

Organización Internacional de Normalización. (2005). *Norma ISO 9000:2005*.
Recuperado el 09 de marzo de 2014, de Sitio web de Universidad de Córdoba:
http://www.uco.es/sae/archivo/normativa/ISO_9000_2005.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (2007). *Taller de Formulación de Políticas de Calidad y Seguridad del Paciente*. San José: OPS.

Parrilla, P., y Pellicer, E. (1993). Cirugía Mayor Ambulatoria: ¿una alternativa a la cirugía tradicional? *Medicina Clínica*. 100(supl.1) 40-41.

Porrero, J., y Sánchez-Cabezudo, C. (enero de 2011). *Jano.es*. Recuperado el 27 de febrero de 2014, de sitio web de Elsevier:
http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1767/67/00670069_LR.pdf

Puente, T., y Contreras, R. (2014). *Cirugía mayor ambulatoria en México; nuevo reto de capacitación de nuestra asociación*. Recuperado el 28 de Febrero de 2014, de Sitio web de Grupo Kollias:
<http://www.amcg.org.mx/phpes/biblioteca/eboletin/contenidosD.php?ID=32&TEMA=Miscel%E1neos>

Ramos, C. M. (2009). Cirugía Mayor Ambulatoria. Concepto y evolución. *Reduca* , 294-304.

Rodríguez, A., Guillermo, V., Armas, J., y Valdés, F. (marzo, 2001). Comportamiento de la cirugía mayor aplicada a pacientes ambulatorios [electronic version]. Vol. 40 (N.º 1). *Revista Cubana de Cirugía*. Recuperado el 24, abril, 2014 de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S003474932001000100006&script=sci_arttext

Tarí Guilló, J. J. (2000). *Calidad total: Fuente de ventaja competitiva*. Alicante, España: Publicaciones Universidad de Alicante.

Torres Valdez, F. (Nociembre, 2007). La ética médica y la relación médico-paciente [electronic version]. Vol. 72 (N.º 2). *Revista Gastroenterología México* Recuperado el 24, abril, 2014 de http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90223345&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=288&ty=154&accion=L&origen=gastromexico%20&web=www.revistagastroenterologiamexico.org/&lan=es&archivo=24%20La%20etica%20medica72S2.pdf

Villafaña Figueroa, R. (s.f.). *Calidad total: Conceptos básicos sobre calidad total*. Recuperado el 09 de marzo de 2014, de sitio web de inn-edu: <http://inn-edu.com/Calidad/CalidadTotal.pdf>

Zorrilla A. Santiago, T. X. (2002). *Guía para elaborar una tesis*. (2da. ed.). México: McGraw-Hill.

CAPÍTULO VII

ANEXOS

ANEXO I. ENCUESTA APLICADA:

ENCUESTA DE SATISFACCION DEL PACIENTE EN PROGRAMA DE CIRUGIA AMBULATORIA HSVP

El presente instrumento llamado **cuestionario**, tiene como objetivo evaluar el nivel de satisfacción de la atención ofrecida por el personal en el Programa de Cirugía ambulatoria del Hospital San Vicente de Paúl de Heredia.

La información personal que sea brindada es estrictamente confidencial y será de mucha importancia para mejorar la calidad de la atención.

Usted tiene la decisión de participar o no en esta evaluación.

Favor anotar únicamente la información solicitada.

Fecha: _____

Procedencia (cantón): _____

1. Información general:

Edad: _____

Género: Femenino Masculino

2. Especialidad quirúrgica por la cual usted fue operado :

- Cirugía General Otorrinolaringología Ortopedia
 Vascular Periférico Urología Oftalmología
 Ginecología Cirugía Pediátrica

3. Tipo de cirugía realizada:

Por favor marque únicamente una casilla:

4. ¿Recibió usted la orientación adecuada para realizar los trámites y programación de su cirugía?

- Muy Bueno Bueno Regular Malo Muy Malo

5. ¿Cómo fue el trato otorgado por el personal al realizar los trámites para la programación de su cirugía?

- Muy Bueno Bueno Regular Malo Muy Malo

6. El tiempo empleado por usted para realizar los trámites de programar la cirugía fue:

- Muy rápido Rápido Regular Mucho tiempo
Excesivo tiempo

7. Desde el inicio de los trámites hasta el día de la cirugía considera que el tiempo de espera fue:

- Muy rápido Rápido Regular Mucho tiempo
Excesivo tiempo

8. La cirugía fue reprogramada :

Sí No

Causa_____

9. ¿La información ofrecida en charla preoperatoria fue fácil de entender?

Muy Bueno Bueno Regular Malo Muy Malo

10. ¿El personal que da las charlas pudo evacuar sus dudas y explicar los procesos siguientes?

Muy Bueno Bueno Regular Malo Muy Malo

11. ¿Cómo considera el área donde se imparten las charlas?

Muy Bueno Bueno Regular Malo Muy Malo

12. ¿Cómo considera el área de sala de espera para ingresar a la cirugía?

Muy Bueno Bueno Regular Malo

Muy Malo Otro _____

13. Durante su ingreso a Sala de Operaciones el personal médico y de enfermería :

	SI	NO
Se presentó y saludó	_____	_____
Lo llamo por su nombre	_____	_____
Lo trato con respeto	_____	_____
Mostro interés por atenderle	_____	_____
Le brindó privacidad	_____	_____

Atendió sus preguntas _____

Conocía el procedimiento a realizar _____

14. ¿La información ofrecida en sala de recuperación fue fácil de entender?

Muy Bueno Bueno Regular Malo Muy Malo

15. ¿El trato brindado fue cortés y respetuoso?

Muy Bueno Bueno Regular Malo

Muy Malo Otro _____

16. ¿Cómo califica la prontitud en la atención del manejo del dolor post operatorio que usted experimentó?

Muy Bueno Bueno Regular Malo Muy Malo

17. ¿Le explicaron claramente la cirugía realizada y los cuidados y signos de alarma post operatorios?

Muy Bueno Bueno Regular Malo Muy Malo

18. ¿Le explicaron sobre el tratamiento, recomendaciones y seguimiento para el cuidado de la salud en su casa?

Muy Bueno Bueno Regular Malo Muy Malo

19. El aseo de las instalaciones es:

Muy Bueno Bueno Regular Malo Muy Malo

20. ¿Cómo califica el proceso total de la atención quirúrgica que acaba de recibir?

Muy Bueno Bueno Regular Malo

Muy Malo Otro _____

Le agradecemos enormemente el tiempo prestado para completar este cuestionario y al mismo tiempo le invitamos a escribir cualquier sugerencia o comentario que desee agregar:

Muchas gracias.