



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA

TEMA:

“LA VISITA DOMICILIARIA, UNA ESTRATEGIA PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN –PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS DE IMBAYA 2019”.

Trabajo de Grado previo a la obtención del título de Licenciada
En Enfermería

AUTORA: Lizeth Estefanía Revelo Orellana

DIRECTORA: Lic. Sonia Dayanara Revelo Villarreal Mph.

IBARRA - ECUADOR

2020

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS

En calidad de directora de la tesis de grado titulada “**LA VISITA DOMICILIARIA, UNA ESTRATEGIA PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN –PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS DE IMBAYA 2019.**”, de autoría de: **Revelo Orellana Lizeth Estefanía**, para la obtener el Título de Licenciada en Enfermería, doy fe que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a presentación y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 22 días del mes de junio de 2020

Lo certifico



(Firma).....

Lic. Sonia Dayanara Revelo Villarreal Mph.

C.I: 040102698-4

DIRECTORA DE TESIS



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	100442715-7		
APELLIDOS Y NOMBRES:	Lizeth Estefanía Revelo Orellana		
DIRECCIÓN:	San Antonio de Ibarra; barrio los Nogales		
EMAIL:	lizrevelo6@gmail.com		
TELÉFONO FIJO:	062932762	TELÉFONO MÓVIL:	0960213391
DATOS DE LA OBRA			
TÍTULO:	“LA VISITA DOMICILIARIA, UNA ESTRATEGIA PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN – PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS DE IMBAYA 2019”		
AUTOR (ES):	Lizeth Estefanía Revelo Orellana		
FECHA:	2020/06/22		
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO			
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO		
TÍTULO POR EL QUE OPTA:	Licenciatura en Enfermería		
ASESOR /DIRECTOR:	Lic. Sonia Dayanara Revelo Villarreal Mph.		

2. CONSTANCIAS

La autora manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es la titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

En la ciudad de Ibarra, a los 22 días del mes de junio de 2020

LA AUTORA

(Firma)..........

Lizeth Estefanía Revelo Orellana

C.I.: 100442715-7

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCS-UTN

Fecha: Ibarra, a los 22 días del mes de junio de 2020

Lizeth Estefanía Revelo Orellana: “LA VISITA DOMICILIARIA, UNA ESTRATEGIA PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN – PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS DE IMBAYA 2019”. / TRABAJO DE GRADO. Licenciada en Enfermería Universidad Técnica del Norte, Ibarra.

DIRECTORA: Lic. Sonia Dayanara Revelo Villarreal Mph.

El principal objetivo de la presente investigación fue: Identificar el cumplimiento de la normativa de la visita domiciliaria en el centro de salud de Imbaya para mejorar la precepción del usuario relacionado con la atención recibida. Entre los objetivos específicos se encuentran: Caracterizar el nivel socio económico de la población de estudio. Describir el cumplimiento de la normativa para la utilización de la visita domiciliaria. Conocer el nivel de satisfacción de los usuarios que reciben la visita domiciliaria en Imbaya. Elaborar un protocolo para la ejecución de la visita domiciliaria en el primer nivel de atención.

Ibarra, a los 22 días del mes de junio de 2020



.....
Lic. Sonia Dayanara Revelo Villarreal Mph.

Directora



.....
Lizeth Estefanía Revelo Orellana

Autora

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios sobre todas las cosas, quien me dio la vida, sabiduría, fuerza y coraje para hacer este sueño realidad, por estar conmigo en cada momento y guiarme junto a mis ángeles, mi abuelita María y a mi tía Dianita.

Gracias a todas las personas que me apoyaron en toda esta etapa de mi vida, en especial a mis padres quienes son un pilar fundamental en mi vida, por su paciencia, apoyo incondicional, sus consejos, amor, comprensión y preocupación para ayudarme a alcanzar esta meta; a mis hermanas Leslie y Doménica por ser mi fuente, mi motor, mi motivación para poder superarme cada día. A mi novio Ismael, por ser incondicional y darme aliento en los buenos y malos momentos.

Agradezco al personal del Centro de Salud Imbaya, quienes me abrieron las puertas y colaboraron para realizar la investigación. A la Universidad Técnica del Norte, fuente del saber, por haberme brindado la oportunidad de formarme como profesional para así contribuir con la sociedad, a mi Directora de Tesis MpH. Sonia Revelo Villarreal quien con su experiencia como docente ha sido la guía idónea durante todo el proceso, por compartir sus conocimientos diariamente, por su tiempo, apoyo y dedicación que contribuyó para culminar mi Tesis.

De corazón, muchas gracias.

Lizeth Revelo Orellana

DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado especialmente a mi abuelita, madre y mejor amiga María Margarita Rivas Córdova, quien obro más allá del deber, quien con su amor incondicional me motivaron a culminar esta etapa de mi vida, y aunque no esté presente para verla sonreír, siempre la guardare en mi corazón como el regalo más preciado que me dio la vida.

A mis padres Ruth y Saul, quienes me han brindado el amor, apoyo incondicional y las fuerzas para seguir adelante y llegar a ser una profesional, por su sacrificio, esfuerzo y sobre todo por creer en mi capacidad.

Lizeth Revelo Orellana

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS	ii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	iii
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO	v
AGRADECIMIENTO	vi
DEDICATORIA	vii
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	viii
INDICE DE GRÁFICOS	xi
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xii
ÍNDIC DE TABLAS.....	xii
RESUMEN.....	xiii
ABSTRACT.....	xiv
TEMA:	xv
CAPITULO I.....	1
1. El problema de investigación	1
1.1. Descripción del problema	1
1.2. Formulación del problema.....	3
1.3. Justificación	4
1.4. Objetivos	7
1.4.1. Objetivo general.....	7
1.4.2. Objetivos Específicos	7
CAPÍTULO II	8
2. Marco teórico	8
2.1. Marco referencial.....	8
2.1.1. Programa de visita domiciliaria del sistema de salud costarricense: lineamientos para su mejora. Costa Rica. 2015.....	9
2.1.2. Mejor Calidad de Vida con Visita Domiciliaria de Enfermería: Revisión Sistemática. España. 2015.	10

2.1.3. La atención domiciliaria en los sistemas de salud de México, Argentina, Brasil y Colombia. 2017.	10
2.1.4. Visita domiciliaria: un espacio para la adquisición y modificación de prácticas en salud. Costa Rica. 2017.....	11
2.1.5. Estudio del efecto de la visita domiciliaria programada y protocolizada de la enfermera de atención primaria en la morbilidad en pacientes de 65 o más años pluripatológicos. España. 2015.....	12
2.1.6. La práctica enfermera en atención domiciliaria: perfil sociodemográfico y práctica profesional. España. 2015.	13
2.1.7. Caracterización de la visita domiciliaria como técnica de intervención de trabajo social en instituciones de salud, empresas y comisarías de familia de Bogotá. 2016.....	14
2.2. Marco Contextual	15
2.2.1. Centro de Salud “Imbaya”	15
2.2.2. Ubicación	16
2.2.3. Ubicación geográfica	16
2.2.4. Espacio físico	16
2.2.5. Oferta de servicios de salud	17
2.3. Marco conceptual	18
2.3.1. Modelo teórico de la visita domiciliaria	18
2.3.2. Atención primaria en salud	19
2.3.3. Visita Domiciliaria.....	20
2.3.4. Calidad de la visita domiciliaria	38
2.4. Marco legal y Ético.....	41
2.4.1. Marco legal	41
2.4.2. Marco ético	44
CAPÍTULO III.....	47
3. Metodología de la Investigación	47
3.1. Diseño de la investigación.....	47
3.2. Tipo de Estudio.....	48
3.3. Localización y Ubicación del área de estudio	48
3.4. Población universal	48

3.5. Muestra	48
3.5.1. Calculo de la muestra:.....	49
3.6. Criterios de inclusión.....	49
3.7. Criterios de exclusión	49
3.8. Técnica e instrumento.....	49
3.8.1. Técnica.....	49
3.8.2. Instrumento	50
3.9. Metodología del proceso	51
3.9.1. Selección de la muestra:	52
3.10. Metodología.....	54
3.11. Operación de variables	55
3.12. Presentación de resultados:.....	63
3.12.1. Análisis de datos.....	63
CAPÍTULO IV	64
4. Resultados de la investigación	64
4.1. Características socio económicas de la población en estudio.....	64
4.2. Cumplimiento de la normativa para la utilización de la visita domiciliaria.....	65
4.3. Nivel de satisfacción de los usuarios que reciben la visita domiciliaria	72
CAPÍTULO V	80
5. Conclusiones y recomendaciones.....	80
5.1. Conclusiones.....	80
5.2. Recomendaciones	82
Bibliografía	83
ANEXOS	89
Anexo 1. Oficio de permiso para aplicar las encuestas	89
Anexo 2. Escuetas aplicadas	90
Anexo 3. Guía de observación de las visitas domiciliarias	94
Anexo 4. Protocolo para la ejecución de la visita domiciliaria.....	101
Anexo 5. Aplicación de la encuesta de satisfacción.....	102
Anexo 6. Aplicación del check list y entrevista	102

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Características socio económicas.....	64
Gráfico 2. Preparación de la visita domiciliaria.....	65
Gráfico 3. Valoración de la visita domiciliaria	67
Gráfico 4. Planificación de los cuidados de la atención domiciliaria	69
Gráfico 5. Ejecución de los cuidados, evaluación y registro de la visita domiciliaria.	70
Gráfico 6. Fiabilidad (Capacidad de cumplir exitosamente con el servicio ofrecido)	72
Gráfico 7. Seguridad (Seguridad: evalúa la confianza que genera la actitud del personal de salud)	75
Gráfico 8. EMPATÍA (Capacidad que tiene una persona para ponerse en el lugar de otra)	76
Gráfico 9. Aspectos Tangibles: son los aspectos físicos que el usuario percibe de la institución.....	77
Gráfico 10. Nivel de satisfacción	78

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Ubicación del Centro de Salud Imbaya	16
Figura 2. Equipo de salud según MAIS-FCI.....	24
Figura 3. Elementos clave de la etapa de planificación de la visita domiciliaria.....	26
Figura 4. Niveles para evaluar la calidad de la atención de acuerdo al modelo de Donabedian	39
Figura 5. Estratos del nivel socioeconómico.....	50
Figura 6. fórmula para determinar el tamaño de la muestra	52

ÍNDIC DE TABLAS

Tabla 1. Niveles de calidad en la visita domiciliaria	40
Tabla 2. CAPACIDAD DE RESPUESTA. (Disposición de servir a los usuarios y proveer servicio rápido y oportuno).....	73

RESUMEN

LA VISITA DOMICILIARIA, UNA ESTRATEGIA PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN –PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS DE IMBAYA 2019.

Autora: Lizeth Estefanía Revelo Orellana

Correo: lizrevelo6@gmail.com

La visita domiciliar es una estrategia de la atención primaria en salud que permite el acercamiento del equipo sanitario a los usuarios, familia y comunidad con la finalidad de responder una necesidad antes identificada. Una visita domiciliar efectiva es el punto clave para la promoción de la salud y prevención de enfermedades. Es un estudio cuantitativo y cualitativo no experimental, descriptivo, observacional y transversal, tiene por objeto investigar el cumplimiento de la normativa de la visita domiciliar por parte de del equipo de salud en la población de Imbaya, según el INEC la población tiene características socio económico que pertenecen a medio típico C+ lo que significa que su nivel socio económico es medio alto y tiende a inclinarse a grupos poblacionales con un nivel más bajo. Los resultados obtenidos demuestran que existe incumplimiento del 50.3% al realizar la valoración en la visita domiciliar ya que el personal no utiliza un registro adecuado de la valoración como la anamnesis y el examen físico, además, un 67% de incumplimiento en la ejecución de los cuidados y evaluación de la visita domiciliar lo que corrobora que la calidad de atención es básica. El nivel de satisfacción de los usuarios es del 70% esto refleja que los usuarios se sienten satisfechos con el servicio recibido, pero al comparar con el cumplimiento de la normativa se observa que hay falencias y que los usuarios no están recibiendo una visita domiciliar efectiva, esto puede ser por falta de conocimiento por parte de los usuarios sobre los cuidados y las necesidades que deben ser atendidas.

Palabras clave: visita domiciliar, promoción, prevención, satisfacción.

ABSTRACT

THE HOME VISIT, A STRATEGY TO GUARANTEE THE CONTINUITY OF CARE - PERCEPTION OF IMBAYA USERS 2019.

Author: Lizeth Estefanía Revelo Orellana

Email: lizrevelo6@gmail.com

The home visit is a strategy of primary health care that allows the approach of a health team to users, families, and communities to respond to their needs. An effective home visit is important for health promotion and disease prevention. It is a quantitative and qualitative non-experimental, descriptive, observational, and cross-sectional study. The objective of this research is to evaluate how the health team complies with the regulations of the home visit in the population of the Imbaya region. According to INEC this population has medium-high socio-economic characteristics and tends to lean towards lower-level population groups. The results show a 50.3% breach when making the assessment at the home visit since the staff does not use an adequate record of the assessment, a 67% fail in the execution of the care and evaluation of the home visit which confirms a basic quality of care. The level of user satisfaction is 70%, this reflects that users feel satisfied with the service received, but when compared to compliance with regulations, there are flaws as users are not receiving an effective home visit due to their lack of knowledge about the care and necessities to be addressed.

Keywords: home visit, promotion, prevention, satisfaction.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Lizeth Revelo Orellana', with a horizontal line underneath.

TEMA:

LA VISITA DOMICILIARIA, UNA ESTRATEGIA PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN –PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS DE IMBAYA 2019.

CAPITULO I

1. El problema de investigación

1.1. Descripción del problema

La visita domiciliaria es una estrategia que permite el encuentro o acercamiento del equipo de salud al domicilio del usuario, familia y comunidad, el cual tiene como finalidad responder a una necesidad que fue anteriormente identificada por el equipo de atención integral de salud, en tal virtud se ha detectado que no existe una adecuada y verdadera aplicación de este método por parte de los profesionales, al parecer porque carecen de un adecuado conocimiento, y si lo poseen este no es empleado, lo que provoca que no exista un trabajo planificado y organizado al momento de brindar atención, lo que permite evidenciar que el seguimiento, la promoción y restauración de la salud del paciente no sea la apropiada (1).

Alrededor del mundo la enfermería, ha desarrollado iniciativas para investigar y definir métodos para promover una adecuada visita domiciliaria. Este sistema de atención nació desde hace muchos años de forma no convencional por Florence Nigthingale como cuidadora, brindaba cuidados a pacientes en sus domicilios y luego se comenzó a interesar aún más en estos tipos de cuidados primarios lo cual fue uno de los motivos que la llevo a profesionalizarse como enfermera (1).

La recuperación de la salud, la conservación de la estabilidad en términos de calidad requieren del compromiso de los profesionales , el usuario y los familiares, pero muchos demuestran desinterés y falta de apoyo para conseguir el bienestar de los usuarios, por un lado el usuario y los familiares se muestran aislados e indiferentes en el momento en el que llega el equipo de atención, no participan en el proceso escuchando las orientaciones para dar continuidad a los cuidados domiciliarios y asegurar su efectividad, provocando desmotivación ante la cronicidad de su situación

sanitaria y el aumento de los riesgos; ante este panorama surge la incógnita principal de la investigación (2).

En América Latina la internación o visita domiciliaria es una alternativa de atención asistencial pensando en la salud desde un punto de vista integral u holístico, ligado a valores como la convivencia familiar, entorno, afecto y responsabilidad participativa y conjunta no exclusivamente de los profesionales de la salud, sino también, con la familia del paciente al cual se le brinda los cuidados (3). A pesar de la creciente evidencia sobre los beneficios de los programas de visitas domiciliarias en cuanto al fortalecimiento de las prácticas parentales, sabemos relativamente poco sobre los factores detrás de este impacto.

Escasos estudios han revisado los factores que determinan la calidad y fidelidad de la implementación de mencionada técnica. Esto se debe, en gran parte, a la falta de instrumentos y, sobretodo, de mecanismos de supervisión y monitoreo que faciliten la recolección de datos de una forma sistemática y frecuente en este tipo de programas (3).

En el Ecuador antes de implementarse el Modelo de Atención de Salud, la atención de salud se caracterizó por ser institucional y sectorialmente fraccionado, inequitativo e ineficiente, orientado a proporcionar atención individual, bajo una organización burocrática, de gestión centralizada e ineficaz, con financiamiento insuficiente y distribución desigual (4).

En la actualidad el país cuenta con un marco legal detallado que garantiza a su población el acceso a los servicios de atención a la salud, lo que sustenta al Modelo de Atención Integral de Salud, Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), como política pública emitida por la autoridad sanitaria nacional, tomando como método principal a la atención primaria en salud renovada en el cual una de las principales estrategias es la visita domiciliaria, la cual no cuenta con los estándares de calidad que permita a los profesionales de la salud brindar atención la individuo, familia y comunidad (4).

1.2. Formulación del problema

¿En el centro de salud de Imbaya se aplica la estrategia de visita domiciliaria de acuerdo a los estándares requeridos para mejorar la percepción de los usuarios?

1.3. Justificación

El cuidado de salud mediante la visita domiciliaria, sienta sus bases filosóficas en las teorías de la atención primaria de salud, la promoción de la salud, de enfermería y medicina comunitaria e integral, que conciben a la familia, al hogar y al entorno social, como una pieza clave del sistema de cuidados. Las visitas domiciliarias, son un instrumento importante de apoyo a los grupos vulnerables, permitiendo que los profesionales de salud identifiquen los factores de riesgo presentes en el individuo, familia y comunidad; de tal manera que permite la intervención precoz y la disminución de los efectos que éstos puedan tener a largo plazo.

La visita domiciliaria es una de las herramientas probadas exitosamente en numerosos estudios y países, es así que la OMS (2001) afirma que este instrumento facilita los cambios dentro del sistema familiar para revertir situaciones de salud, que además va a repercutir en el desarrollo de la población en general.

La visita domiciliaria tiene como fin solucionar un problema puntual, o programado por el profesional. La atención domiciliaria es personalizada y aplicada en especial a pacientes inmovilizados, terminales y en tratamientos que requieran especial supervisión. Esta estrategia forma un conjunto de actividades de carácter social y sanitario que se presta en el domicilio a las personas. Esta aplicación permite detectar, valorar, apoyar y controlar los problemas de salud del individuo, familia y comunidad, potenciando la autonomía y mejorando la calidad de vida de las personas.

Esta herramienta abarca múltiples aspectos que van más allá de la atención de personas enfermas, puesto que engloba tanto la salud como la enfermedad durante todo el ciclo vital del individuo, por lo que la visita domiciliaria constituye el instrumento ideal para conocer este medio en el que vive la familia, y que influyen en la salud de quienes habitan en la vivienda, ya que es en el domicilio, el lugar donde el hombre se alimenta, descansa, ocupa el tiempo de ocio y se relaciona con su núcleo primario.

El ministerio de salud pública del Ecuador en calidad de autoridad sanitaria a nivel nacional, en el año 2012 efectuó varios cambios estructurales, uno de ellos es la implementación de la visita domiciliaria como una estrategia que permite conocer la situación familiar, el ambiente familiar, el ambiente físico y sus recursos, además, mediante este mencionado método se brinda atención en salud a los lugares más remotos, lo que permite la captación y seguimiento asegurando la continuidad de la calidad de la atención.

La atención a domicilio, muestra una visión que encierra un escenario muy amplio, pues el equipo de salud encargado deberá apoyar al individuo, familia y comunidad, además de asumir los riesgos que esta atención conlleva, debe estar dispuesto a ayudar en todo lo posible y establecer un vínculo de confianza (tratante-usuarios), por medio del cual los grupos se sienta cómodos y estén dispuestos a recibir atención necesaria para el mejoramiento de su salud, en su domicilio.

A nivel de la provincia de Imbabura, específicamente en el Centro de salud de Imbaya, se puede evidenciar que, la ejecución de la visita domiciliaria aún no está acorde al MAIS-FCI probablemente se debe a que no se cuentan con personal sanitario completo y capacitado, puede ser que esta herramienta no se realiza con los parámetros requeridos, si no exclusivamente por cumplir objetivos los cuales no son evaluados. También se evidencia que no se cumple a cabalidad con el protocolo de la visita domiciliaria ni hay una dirección para fomentar la aplicación del mencionado método.

Con esta base de análisis, y por medio de este trabajo de investigación se pretende determinar si en el “Centro de Salud de Imbaya” se aplica la estrategia de visita domiciliaria y además si se cumple dentro de los estándares requeridos, es importante conocer cuál es la percepción de los usuarios acerca de este método al momento de brindar la atención sanitaria, y ayudar con dicha propuesta a que esta estrategia no decaiga y se conciba cada vez más obsoleta y sin autonomía propia para, realizar las diversas acciones, y poder tener resultados efectivos para restaurar, mantener, promocionar y evaluar el estado de salud de los usuarios.

La presente investigación servirá de sustento a estudiantes de enfermería de la Universidad Técnica del Norte, como también a los profesionales de salud para que mediante este estudio tomen en cuenta o conozcan que la atención básica en salud puerta a puerta llamada visita domiciliaria, es una de las técnicas que debe ser priorizada y llevada a efecto en todos los aspectos humanos. Con esto también se pretende llegar a las comunidades alejadas de los sectores urbanos los mismos que a efecto de mencionada investigación formulen sus pedidos a las autoridades pertinentes y puedan ser copartícipes del proyecto de los Equipos Básicos de Salud (EBAS).

Desde este punto de vista se hace también evidente la necesidad de enriquecer los contenidos de la formación universitaria con respecto a la atención primaria en salud, partiendo del análisis de la percepción de los usuarios acerca de la atención brindada, puesto que existen pocas investigaciones que aborden este tema, tanto en el ámbito comunitario como en el ámbito de la docencia.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Identificar el cumplimiento de la normativa de la visita domiciliaria en el centro de salud de Imbaya para mejorar la precepción del usuario relacionado con la atención recibida.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar el nivel socio económico de la población de estudio.
- Describir el cumplimiento de la normativa para la utilización de la visita domiciliaria.
- Conocer el nivel de satisfacción de los usuarios que reciben la visita domiciliaria en Imbaya.
- Elaborar un protocolo para la ejecución de la visita domiciliaria en el primer nivel de atención.

CAPÍTULO II

2. Marco teórico

2.1. Marco referencial

Efectividad de las visitas domiciliarias como herramienta en las actividades comunitarias del centro de salud “la propicia n°1” de la ciudad de esmeraldas. Ecuador. 2016.

Esta investigación se realizó en el centro de salud Propicia N°1 durante los meses de octubre a noviembre del 2016, se encuestaron a 46 personas, 40 pacientes y 6 de personal de salud, el objetivo general fue determinar la eficacia de las visitas domiciliarias como herramienta en las actividades comunitarias. Es un estudio cuali-cuantitativo exploratoria observacional se identificaron diferentes aspectos a través de la recolección de información de los pacientes y al personal de salud, se aplicó entrevistas semiestructuradas y una ficha de observación para valorar el grado de aceptación del servicio de visita de acuerdo a la respuesta del usuario (2).

Los principales resultados demuestran que las visitas domiciliarias en el centro de salud Propicia N°1 son utilizadas por el 60% de la población de los grupos vulnerables , el 50% consideran esta herramienta como buena y apoya el mejoramiento de la salud, además que se sienten satisfechos por el trato y la atención recibida por parte del equipo contribuyendo al mejoramiento del paciente, institucionalmente se cuenta con los recursos para su ejecución convirtiéndose en fuerte estrategia sanitaria para la recuperación, captación y empoderamiento de pacientes y familiares para la culminación oportuna de los tratamientos (2).

La principal conclusión que se obtuvo fue que, la visita domiciliaria es una herramienta efectiva en el tratamiento, recuperación y mejoramiento del paciente logrando

optimizar sus condiciones de vida, llevar mejor control para su recuperación, que el personal de salud se sienta más sensible y comprometido ya que entra en contacto a la realidad de vida de los usuarios (2).

2.1.1. Programa de visita domiciliaria del sistema de salud costarricense: lineamientos para su mejora. Costa Rica. 2015.

La visita domiciliaria se constituye en la principal estrategia de atención primaria al acercar los servicios de salud a los domicilios y lugares de trabajo de las personas, lo cual permite conocer de primera mano las necesidades de la población. La visita domiciliaria efectuada por el ATAP (Asistente Técnico de Atención Primaria) representa el primer contacto del individuo, familia y comunidad con el sistema de salud, con importantes beneficios tanto a nivel individual como colectivo (5).

La presente investigación responde a la necesidad de identificar los elementos que el programa de visita domiciliaria requiere mejorar, modificar o sustituir con el fin de maximizar la prestación de este servicio. Se diseñó un estudio cualitativo, analítico observacional. Se recolectó los datos mediante revisión bibliográfica, entrevista a informantes claves y grupo focal. El análisis se realizó a partir de la teoría fundamentada (5).

Los principales resultados de este estudio muestran que los datos evidenciaron la existencia de elementos a nivel de sistema de salud, programa de visita domiciliaria y figura del ATAP que deben ser revisados, modificados o sustituidos con el fin de que la visita domiciliaria tenga mayores y mejores alcances para la población y el sistema de salud. Como principal conclusión se deduce que el programa de visita domiciliaria representa una fortaleza del sistema de salud costarricense al abordar las inequidades en salud. Sin embargo, es imperativa la toma de decisiones e implementación de acciones que promuevan el mejoramiento y aumento de los alcances que tiene la visita domiciliaria en el abordaje de la población a nivel familiar y comunitario (5).

2.1.2. Mejor Calidad de Vida con Visita Domiciliaria de Enfermería: Revisión Sistemática. España. 2015.

El mayor envejecimiento de la población, la disminución de estancias hospitalarias, el aumento de patologías crónicas y la gran dispersión geográfica en el medio rural, incrementa las necesidades de cuidados a domicilio un nuevo reto al que deberían enfrentarse las instituciones. Los principales objetivos de esta investigación fueron identificar la mejor evidencia disponible sobre las intervenciones y resultados en la visita domiciliaria y la revisión de la cartera de servicios, de modo que éstos se adapten a las necesidades actuales (6).

Como metodología de la investigación se realizó una revisión sistemática de la literatura. Los resultados más relevantes de este estudio fue que la revisión muestra claramente que, debido al incremento de la expectativa de vida y la precocidad en las altas hospitalarias se hace necesario un reajuste o un cambio de modelo en la Cartera de Servicios en los programas de: visita domiciliaria a inmovilizados y enfermos terminales (6).

Además de que se deberían actualizar los protocolos con arreglo a las nuevas necesidades de los pacientes que necesitan cuidados a domicilio. Asimismo, se recomienda crear un nuevo marco para este tipo de servicios dentro de la Atención a Domicilio en la Cartera de Servicios del Sanidad de Castilla y León (6).

2.1.3. La atención domiciliaria en los sistemas de salud de México, Argentina, Brasil y Colombia. 2017.

Este trabajo tiene como objetivo describir el desarrollo de la atención domiciliaria dentro de los sistemas de salud de salud de México, Colombia, Brasil y Argentina e identificar los roles del equipo de salud y enfatizando en las acciones propias al manejo de las enfermedades crónicas de mayor demanda de la atención domiciliario (7). El método a utilizar es un estudio de tipo monográfico donde se realizó una revisión de artículos científicos en base de datos como: Scielo, Lilacs, ProQuest, y motor de búsqueda Google (7).

Mediante descriptores del sistema de salud de los siguientes países: México, Argentina, Brasil y Colombia relacionados con la atención domiciliaria, estos fueron sistematizados en una tabla RAE en Microsoft Excel donde se semaforizados mediante la clasificación según el nivel de interés con la búsqueda de la pregunta problema con los siguientes criterios de inclusión, artículos que abordan el tema de sistemas de salud en Latinoamérica de México, Argentina, Brasil y Colombia, equipo de salud y atención domiciliaria de Latinoamérica, en idiomas español y portugués, publicados en el periodo comprendido (2004- 2017) (7).

Los principales resultados obtenidos en este estudio fueron que la búsqueda consta de 55 artículos, donde 23 cumplieron con los criterios de inclusión y se encontró que países como México, Argentina, Brasil y Colombia tienen sistemas de salud similares como se encuentra en los sectores públicos y privados, antes de regulación y control, prestación de servicios y financiación del sistema de salud, donde el cuidado domiciliar se establece en programas de atención domiciliaria, pero no se especifica los roles del equipo de salud en atención domiciliaria (7).

Las conclusiones que se obtuvieron en esta investigación fueron que los sistemas de salud que incluyen el programa de atención domiciliaria han demostrado ser una herramienta eficiente que facilita el seguimiento del paciente y que permite un adecuado registro tanto de la evolución del paciente como de las actividades que se realizan en el domicilio, siendo los cuidados paliativos los más brindados en el domicilio, idealmente con un equipo interdisciplinario con la capacidad de ocuparse de todas las áreas del estado de salud de las personas (7).

2.1.4. Visita domiciliaria: un espacio para la adquisición y modificación de prácticas en salud. Costa Rica. 2017.

La visita domiciliaria realizada por el asistente técnico de atención primaria en salud (ATAPS), corresponde a la principal actividad fundamental de atención primaria desarrollada en Costa Rica, cuya principal labor es proporcionar información y recomendaciones sobre educación en salud a las personas usuarias (8).

Respecto de lo anterior, el objetivo de esta investigación es determinar los conocimientos y la modificación en los estilos de vidas que las personas realizan posterior a la visita del ATAPS. El diseño del estudio fue cualitativo, analítico y observacional. Para la recolección de los datos se aplicó entrevistas a profundidad a las personas usuarias visitadas y se realizó un grupo focal con los ATAPS (8).

Para el análisis de los datos, se estableció categorías de análisis desde la metodología de la teoría fundamentada. Se identificó que las personas usuarias refieren un mayor adquisición de conocimientos cuando se abordó temas como dengue, la vacunación, el lavado de manos, la citología vaginal y una alimentación saludable y un predominio significativo del ama de casa en la participación de esta actividad, lo que al final limita la transmisibilidad de la información al resto de los integrantes (8).

Con respecto a la modificación de prácticas, la mayoría de las personas expresan cambios en estilos de vida saludable y mayores facilidades para el acceso a los servicios de salud. Se concluye que es importante entender la visita domiciliaria como un medio de aproximación entre las familias y el sistema de salud, que favorezca el acceso a los servicios de salud, mientras se constituye en un instrumento que humaniza la atención de las necesidades (8).

2.1.5. Estudio del efecto de la visita domiciliaria programada y protocolizada de la enfermera de atención primaria en la morbilidad en pacientes de 65 o más años pluripatológicos. España. 2015.

El principal objetivo de la investigación fue conocer la repercusión en morbilidad de la visita domiciliaria de la enfermera a personas de 65 años o más, pluripatológicas. El método utilizado en este estudio retrospectivo caso (con visita)-control (sin visita); auditoría de historias clínicas de 2013. El cálculo muestral asumiendo un 14% de mortalidad en casos, nivel de confianza 95%, precisión relativa 80%, posteriormente secuencias aleatorias (9).

VARIABLES principales morbilidad y mortalidad; descriptivas: visitas domiciliarias, filiación, datos clínicos y socio sanitarios. SPSS 15, medidas de tendencia central, dispersión, posición y tabulación, frecuencias relativas y absolutas; técnicas no paramétricas, contrastes χ^2 ; contrastes de Wilcoxon y U de Mann-Whitney; nivel de confianza 95% (9).

Los principales resultados de esta investigación fueron 1743 pacientes, 1546 no recibieron visita de la enfermera en domicilio y 199 sí; predominan mujeres (60,2%), edad media de quien recibe visita 81,99, presentan mayor número de patologías de media. Las conclusiones que se obtuvieron de este estudio fue que la visita domiciliaria de la enfermera no repercute en la morbilidad; se interviene cuando ya ha aparecido el problema de salud. No se han encontrado registros con datos de prevención y se intuye una discriminación involuntaria en la atención que afecta a la mujer mayor (9).

2.1.6. La práctica enfermera en atención domiciliaria: perfil sociodemográfico y práctica profesional. España. 2015.

Los principales objetivos de este estudio fueron caracterizar a las enfermeras andaluzas que prestan atención domiciliaria (AD), describir las actividades desarrolladas, definir los componentes de la práctica enfermera e identificar las posibles diferencias en la atención de pacientes con cáncer o sida terminal, ancianos con demencia y pacientes intervenidos en cirugía mayor ambulatoria. Este estudio fue descriptivo transversal mediante cuestionario postal en los centros de atención primaria de Andalucía (10).

Los resultados que se obtuvieron en la investigación fue la práctica enfermera que se realiza en el domicilio con los pacientes oncológicos terminales y con los ancianos con demencia sólo se diferencia en el abordaje de problemas emocionales tanto del paciente como del cuidador y en el componente preventivo ($p < 0,05$). El 60% de la muestra dice no utilizar protocolo alguno en la AD (11).

Las conclusiones de este estudio fueron las actividades desarrolladas con mayor frecuencia en la atención a este tipo de pacientes son la aplicación de tratamientos, curas, vendajes y control de constantes, seguidas de la valoración de las necesidades fisiológicas. La práctica enfermera parece no estar condicionada en su totalidad por la patología, sino en función de grupos de pacientes con necesidades y problemas similares. La mayoría de las enfermeras andaluzas que realizan AD no utilizan protocolo en el cuidado de estos 4 tipos de pacientes (10).

2.1.7. Caracterización de la visita domiciliaria como técnica de intervención de trabajo social en instituciones de salud, empresas y comisarías de familia de Bogotá. 2016.

La presente investigación es el resultado de indagar sobre la técnica de intervención visita domiciliaria en las instituciones de salud, empresa y comisarías de familia en Bogotá, con el fin de caracterizarla a partir de la visión de los profesionales de trabajo social, en tres aspectos: concepciones sobre visita domiciliaria, procedimientos y diferencias con otros profesionales que utilizan esta misma técnica (12).

Para ello en la metodología se utilizó un enfoque cualitativo, con un nivel exploratorio, la cual se desarrolló a través de la técnica de entrevista semiestructurada. Esta se aplicó a veinte profesionales de trabajo social (8 en comisarías de familia, 6 en salud y 6 en empresa) que utilizan la visita domiciliaria; así mismo se entrevistaron cuatro profesionales de otras disciplinas, dos de empresas y dos en el contexto de salud que utilizan la visita domiciliaria (12).

Desde el punto de vista teórico, la investigación se sustentó en un marco conceptual que se desarrolló a partir de lo general entendido como la evolución y actual concepción de trabajo social enmarcada en el enfoque sistémico, haciendo un recorrido por aspectos como la intervención de trabajo social con sus componentes, objetos, sujetos, intencionalidades, fundamentación metodológica y métodos; a partir de lo anterior se da sustento a lo particular que son sus técnicas de intervención, que para efectos de esta investigación son la entrevista y la visita domiciliaria desde sus

antecedentes hasta la concepción que hoy se tiene de esta técnica a partir de los actuales enfoques en trabajo social específicamente el sistémico (12).

2.2. Marco Contextual

2.2.1. Centro de Salud “Imbaya”

El centro de Salud de Imbaya surge como una necesidad planteada por los moradores de la región de la Hacienda Cobuendo, donde existía una población rural dedicada a la agricultura y ganadería que en los últimos años ha sido referente de desarrollo en este campo dentro de la provincia de Imbabura (13).

En 1979 con donación de un terreno del Sr. Abdón Montalvo se construye una pequeña casa donde empieza a funcionar el puesto de Salud de Imbaya dirigido por la Señora Clemencia Cárdenas donde se realizaba atención básica y emergente de patologías sencillas, colocación de vacunas, realizando curaciones y suturas y en algunos casos, la atención de partos en domicilio fue otra de las actividades iniciales del puesto de salud (13).

En 1996 se incorpora la Sra. Graciela Muñoz como auxiliar de enfermería en reemplazo de la Sra. Clemencia Cárdenas, siendo quien hace cargo de la unidad de salud. En 1998 se incorpora el servicio de Odontología itinerante para el servicio de la comunidad. En el 2008 se instaura el servicio de Atención Médica donde el primer Médico rural fue el Dr. Saulo Guerrero (13). Posteriormente se incorpora el Dr. Andrés Rivadeneira como médico Rural quien gestiona la planificación y diseño del nuevo Centro de Salud y se construye con apoyo de la Dirección Provincial de Salud de Imbabura y el Ministerio de Salud Pública. Este Centro de Salud fue inaugurado el 19 de junio del 2011 por el Dr. David Chiriboga, Ministro de Salud de aquella época (13).

En la actualidad el Centro de Salud de Imbaya está en capacidad para atender un promedio de 50 pacientes diarios y ofrece los servicios de Medicina General,

Odontología, administración de vacunas, entre otras actividades propias del primer nivel de atención (13).

2.2.2. Ubicación

El Centro de Salud Imbaya se encuentra ubicado en la provincia de Imbabura, en la parroquia rural de Imbaya, en la vía Antonio ante vía Urcuquí, en frente de la calle Oswaldo Jaramillo (13).

2.2.3. Ubicación geográfica

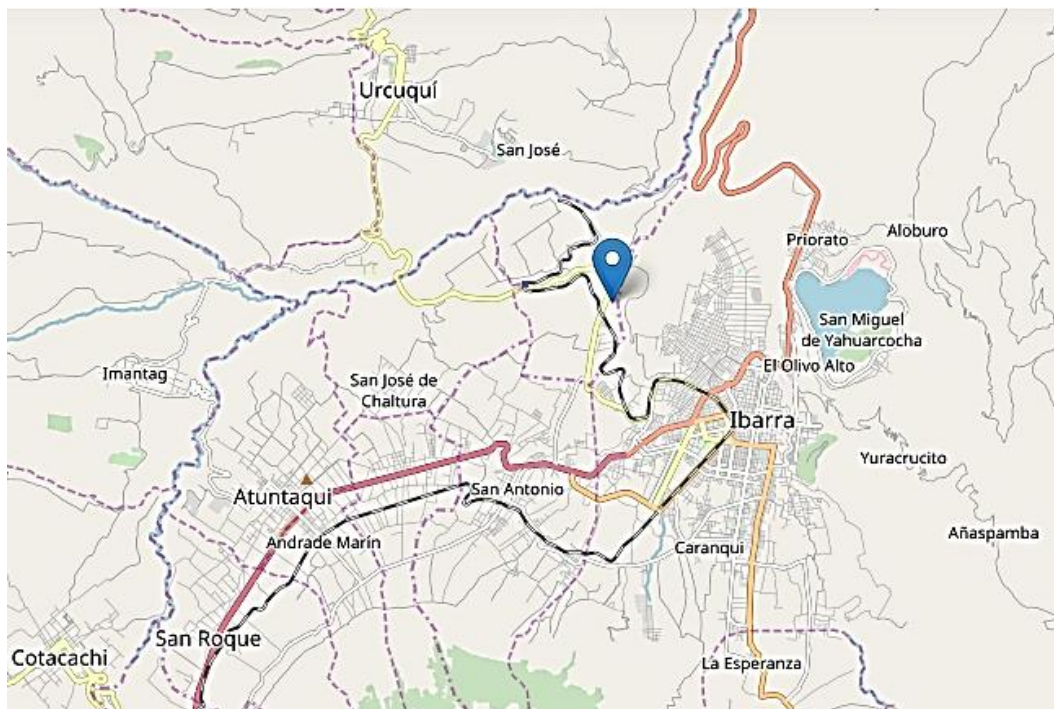


Figura 1. Ubicación del Centro de Salud Imbaya

Fuente: <https://www.ubica.ec/info/centro-de-salud-imbaya>

2.2.4. Espacio físico

El Centro de Salud de Imbaya en los últimos años y con la construcción de las nuevas instalaciones desde el 2011 pasó, de ser de puesto de salud a centro de salud tipo A con las siguientes instalaciones:

- 1 Oficina de Estadística y Admisión de pacientes
- 2 consultorios médicos
- 1 vacunatorio que es compartido con el área de preparación
- 1 consultorio odontológico
- 1 cuarto de curaciones
- 1 sala de PCT
- 1 farmacia (13).

Al momento como talento humano cuenta con:

- 1 profesional médico y líder encargado provisional de la Unidad, esto en vista de culminación del año de salud rural por parte de la médica rural saliente.
- 1 odontóloga
- 1 auxiliar de enfermería
- 1 licenciada en enfermería
- 1 TAPS que se encuentra en período de lactancia materna (13).

El equipo de salud se encuentra en capacidad de atender hasta 50 pacientes diariamente entre medicina y odontología, contamos con el servicio de vacunación, curaciones, medicina general, obstetricia y en general con los lineamientos que debe tener una unidad de primer nivel de atención (13).

2.2.5. Oferta de servicios de salud

El Centro de Salud Imbaya realiza actividades de tipo intramural y extramural, dentro de lo intramural se encuentra:

- Atención en medicina General
- Atención odontológica
- Atención obstétrica y ginecológica
- Planificación familiar

- Curaciones
- Inmunizaciones
- Preparación
- Entrega de medicación
- Atención a grupos prioritarios (13).

Entre las actividades de tipo extramural se encuentra

- Visitas domiciliarias
- Campañas de vacunación
- Control escolar
- Control de discapacitados
- Charlas educativas (13).

2.3. Marco conceptual

2.3.1. Modelo teórico de la visita domiciliaria

2.3.1.1. Teoría del Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender

La Teoría de Nola Pender se basa en el modelo de promoción de la salud refiere es un intento de ilustrar la naturaleza multifacética de las personas que interactúan con el entorno, intentando así alcanzar un estado de salud, la función singular de la enfermería es asistir al individuo sano o enfermo en la realización de las actividades que contribuyen a la conservación de la salud o la recuperación o la muerte. (14).

Este modelo identifica en el individuo factores cognitivo perceptuales, los cuales son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales y son entendidos como aquellas concepciones, creencias e ideas que tienen las personas sobre la salud, esto las lleva o induce a conductas o comportamientos determinados,

que en el caso que nos ocupa, se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud (14).

“El modelo de promoción de la salud por Nola J. Pender” mantiene su actualidad, pues integra las perspectivas de enfermería y de las ciencias conductuales sobre los factores que influyen en las conductas de salud, constituye una guía para la exploración de los procesos biopsicosociales complejos que motivan a los individuos a realizar conductas dirigidas a elevar el nivel de salud, ilustra la naturaleza multidimensional de las personas que interactúan con el medio ambiente en busca de su salud, considera a la salud un estado positivo de alto nivel, y lo asume como objetivo hacia el cual se esfuerza el individuo (14).

2.3.2. Atención primaria en salud

La atención primaria de salud en la década de los 80, de acuerdo con Alma Ata, se consideró un modelo de primer nivel asistencial repartido en el territorio, con profesionales multidisciplinarios cercanos a la población, trabajando en equipo con y para la comunidad (15). Además, en 1986 la Carta de Ottawa, definió a la promoción de salud como acto que permite a los profesionales ejercer un control sobre las determinantes de salud, puesto así, mejorando el bienestar de la población. Identificando a la enfermería como el principal colectivo en actos de promoción de salud y prevención de enfermedad como educadoras directas de la población (15).

Desde su comienzo la atención primaria ha ido produciendo importantes cambios, en gestión de la salud de personas, familias y comunidades, tanto en los conceptos como en la forma de prestar la atención a la población (15). Esta ha pasado de ser puntual y centrada en la patología a un abordaje más integral de la persona, con la integración de la familia y de la comunidad como sujetos de atención y de cuidados, enmarcando todo el proceso dentro de la continuidad salud-enfermedad, siendo así, considerado como salud pública, porque trabaja en el ámbito extrahospitalario y ocupan aspectos como salud ambiental, las vacunaciones, el seguimiento de patologías transmisibles en la comunidad (15).

2.3.3. Visita Domiciliaria

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la atención domiciliaria es aquella modalidad de asistencia programada que lleva al domicilio del paciente, los cuidados y atenciones biopsicosociales y espirituales (16).

Es un instrumento de intervención, caracterizada por ser cercana, que ingresa a la intimidad de una familia; que tiene por fin, ser reparadora, que acompaña procesos, que orienta, que da contención y que vigila. Además, es una acción diferenciada de un gran propósito, siendo parte de un proyecto que como tiene como uno de sus componentes, la intervención familiar (17)

Las visitas domiciliarias, ha sido un medio para que los profesionales de salud interactúen con las familias, siendo el hogar un ambiente ansiado para trabajar con las familias porque ofrece la oportunidad de observar las interacciones familiares, los patrones de adaptación, prácticas de crianza y los estilos de vida. Las familias aparecen en su aspecto más natural dentro de su espacio familiar (18).

Según Salazar dependiendo de la perspectiva de estudio y del objetivo que se proponga, la visita domiciliaria puede definirse como:

- **Una actividad:** que sería el conjunto de actividades que se desarrollan en el domicilio del grupo familiar a través de un conjunto de tareas específicas, convirtiéndola en un medio de enlace entre la familia y el sistema de salud (19).
- **Una técnica:** porque aplica conocimientos científico-técnicos para producir cambios referidos a la auto responsabilidad y autodeterminación del cuidado de la salud de los individuos, familias y comunidades (19).
- **Un programa:** porque constituye una herramienta a ser ejecutada con base a objetivos, actividades y recursos específicos, considerando aspectos

administrativos para su puesta en práctica. En este sentido, la organización, coordinación, supervisión y evaluación son elementos fundamentales a ser tomados en cuenta (19).

- **Un servicio:** porque se trata de la asistencia ofrecida al grupo familiar con el objeto de contribuir a la satisfacción de sus necesidades y problemas de salud (19).

a. Objetivos de la visita domiciliaria

- Ayudar al individuo y familia a alcanzar un mayor nivel de independencia, potenciando al máximo sus capacidades de autocuidado.
- Información sobre el estado de vivienda, convivientes, etc.
- Acercar los servicios de salud a la comunidad
- Adiestramiento de la familia en comunidad hábitos higiénicos (20).
- Detectar motivos de no asistencia al centro.
- Identificar y coordinar los recursos de al centro la familia y su entorno social
- Cuidados de enfermería a pacientes con necesidades de cuidados: personas mayores, terminales, inmovilizadas, con alta hospitalaria.
- Planificación con la familia de autocuidado.
- Desarrollar una estrategia para grupos de riesgo.
- Captación de personas o grupos para programas de salud (20).

b. Beneficios de la visita domiciliaria

- Se logra una relación interpersonal sincera, real y activa entre el equipo y el grupo familiar.
- Su práctica permite generar mayor confianza y seguridad en el individuo y su grupo familiar frente a la oferta de servicio.
- Permite una participación más amplia, sincera y real en el programa de salud familiar, dado que esta se lleva a cabo en su propio medio.

- La familia accede con menos resistencia y con mayor flexibilidad al cumplimiento con los compromisos contraídos con el equipo de salud (21).
- Permite constatar y verificar la información obtenida por otros medios acerca de las condiciones de salud de la familia.
- Identifica los problemas y necesidades expresas y ocultas y la disponibilidad real de recursos y su manejo.
- Facilita la vigilancia y el seguimiento de la evolución de los logros alcanzados.
- Se obtiene una visión global de la familia y de su comportamiento real frente a los problemas generales y de salud específicamente (21).
- Permite el desarrollo de las actividades de educación para la salud dirigida a la toma de conciencia y a procurar un cambio en el comportamiento.
- Posibilita el desarrollo de la investigación operativa.
- Permite ampliar la cobertura de práctica del programa salud familiar.
 - Mejora la atención de salud
 - Incrementa la participación y responsabilidad de la familia en el proceso de cuidado (21).
 - Mejora la calidad de vida de los usuarios.
 - Otorga una sensación de intimidad y bienestar, ya que la gente siente que este tipo de asistencia personalizada es más humana.
 - Mejora la entrega de educación.
 - Previene la falta de inserción social, beneficio que sólo se puede conseguir en la atención primaria, no a nivel secundario ni terciario (21).

c. Tipos de visita domiciliaria

- **Visitas a demanda y/o de urgencias:** Son aquellas solicitadas por la persona o familiar porque existe algún tipo de limitación para desplazarse hasta la unidad de salud, como por ejemplo una dolencia aguda o el empeoramiento de un problema crónico u otro tipo de limitación como secuelas de alguna enfermedad importante, amputación, cirugía reciente (22).

- **Rehabilitación:** Son las realizadas a individuos o familias que necesitan acompañamiento periódico, por ejemplo, pacientes crónicos o adultos mayores encamados, discapacitados, personas con trastornos mentales, egresos de internaciones hospitalarias, u otros casos considerados por el equipo sanitario como situación de riesgo. Pueden ser semanales, quincenales, mensuales o como lo disponga el propio equipo de salud (23).
- **Internaciones domiciliarias:** son las realizadas a personas que necesitan tratamiento en la casa, generalmente son necesarias para pacientes terminales donde una gran parte de los cuidados pueden ser realizados por los familiares. El equipo de salud apoya y maneja la situación para promover la calidad vida mediante cuidados paliativos en ese momento, en conjunto con los profesionales de los hospitales (24).
- **Búsqueda activa:** es la búsqueda de individuos o familias que no acudieron a las unidades de salud para determinado tratamiento, vacuna o control. Incluye también la búsqueda de determinados síntomas, enfermedades o situaciones de riesgo en el contexto de la vigilancia de la salud (22).
- **Diagnóstico:** Levantamiento de condiciones ambientales, culturales o psicosociales que puedan estar causando un problema de salud: enfermedades infecciosas, alergias (asma), hábitos alimentarios, condiciones de vivienda que puedan estar asociadas a riesgos de accidentes o caídas (ancianos), saneamiento (agua y excretas), basura, roedores y otros vectores etc. (24)
- **Consejería:** cuando el equipo tiene problemas para la adhesión de las personas a un tipo de recomendación o tratamiento: uso de medicamentos, recomendación de dieta o ejercicio, cambio de hábitos y el cuidado personal (higiene, etc.)
- **Educación:** Desarrollo de actividades de educación o promoción de salud (19).

d. Equipo integral de la visita domiciliaria

El equipo sanitario de acuerdo al modelo de atención integral de salud; está conformado por: un médico-medica, un enfermero o enfermera, un/a técnico de atención primaria de salud, teniendo en cuenta que dichos profesionales cuentan con las destrezas, habilidades, conocimientos y aptitudes para fomentar, restaurar, promocionar, mantener la salud del individuo, familia y comunidad (4).

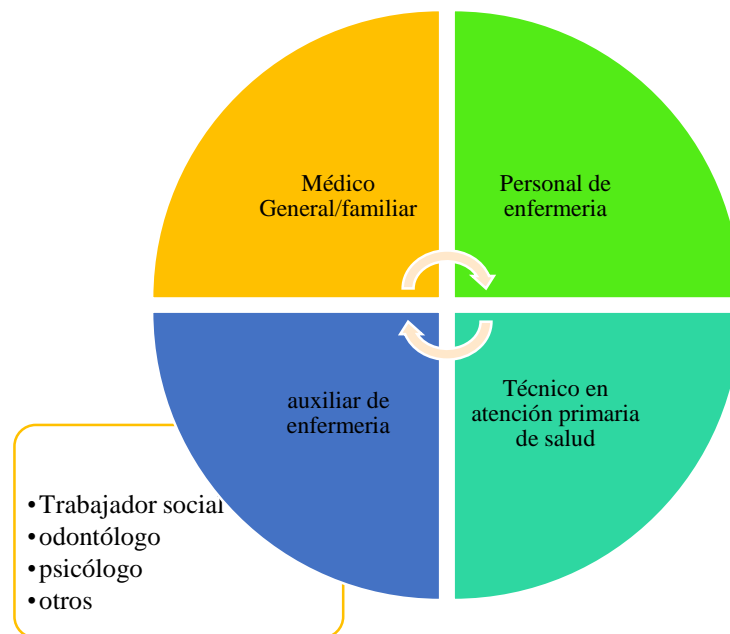


Figura 2. Equipo de salud según MAIS-FCI

Fuente: <http://www1.paho.org/nutricionydesarrollo/wp-content/uploads/2013/09/Miguel-Malo-Ecuador.pdf>

- **Responsabilidad de los miembros del equipo de atención domiciliaria.**

a. Responsabilidad del equipo interdisciplinario:

- Cualificar y cuantificar las necesidades de cada usuario.
- Hacer detección y educación para la modificación de los riesgos.

- Educar al paciente, cuidadores y a la familia, sobre la responsabilidad que tienen dentro del proceso de auto cuidado.
- Brindar asistencia y orientación profesional oportuna (4).

b. Responsabilidad del profesional médico:

- Definir objetivos de su intervención
- Búsqueda de los factores de riesgo para la patología de base.
- Diagnosticar seguir y manejar la enfermedad crónica de base y sus complicaciones.
- Decidir sobre la necesidad de utilización de otros recursos adicionales, así como las remisiones a centro a hospitalarios
- Diseñar y ejecutar un plan de educación para la salud (13).

c. Responsabilidad del profesional de enfermería.

- Definir objetivos de su intervención.
- Capacitar a los cuidadores sobre los cuidados básicos de alimentación, hidratación, higiene, cambios posturales, cuidados en la administración de medicamentos.
- Vigilar y registrar adecuadamente las constantes vitales y signos de evolución de la enfermedad dando aviso oportuno sobre cualquier cambio de importancia.
- Diseñar y ejecutar un plan de educación para la salud (13).

d. Responsabilidad del cuidador

- Involucrarse como actor central de los procesos de prevención, cuidado y asistencia del paciente identificándose a sí mismo como la persona que tendrá que realizarlos una vez que el equipo de atención domiciliaria culmine su trabajo formativo.

- Vigilar y detectar de forma precoz los signos de alarma informándolos oportunamente a los integrantes del equipo de atención domiciliaria (4)

f. Etapas de la visita domiciliaria

La visita domiciliaria, requiere una sistematización de su estructura, por lo que implica no sólo la visita en el hogar, sino todas las etapas previas y posteriores a éstas, cada una de las cuales presenta características y actividades que le son propias. Esta estructura es válida en las diferentes etapas a lo largo del ciclo vital, y a todos los grupos vulnerables (25). En este proceso podemos distinguir tres grandes etapas:

- **Etapas de Planificación**

En esta etapa, se deben considerar todos los aspectos relevantes que tiene la futura ejecución de la visita domiciliaria, y que constituyen la base para la realización exitosa de ella. Se consideran elementos administrativos del establecimiento de salud como procesos de planificación de la intervención de atención domiciliaria propiamente tal (26).



Figura 3. Elementos clave de la etapa de planificación de la visita domiciliaria

Fuente: https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/06/2018.04.17_ot-visita-domiciliaria-integral.pdf

- **Programación**

Es importante que esta actividad esté considerada dentro del proceso de planificación y programación anual de cada comunidad y por ende de cada entidad de salud. En la medida que esté considerada, existirán los recursos destinados para ellos o, por lo menos, las brechas en relación a esta actividad (programación real v/s ideal) (27). Para ello se debe considerar contar con algunos insumos:

- Plan de Salud Comunal (PSC), que incluye el plan de capacitación y dotación.
- Plan por cada uno de los establecimientos que conformen la comunidad.
- Plantilla programática por establecimiento (cartera de servicios).

Es en la programación de actividades donde se deben estimar los cuidados primarios, uno de ellos es la estimación de actividades grupales, comunitarias, domiciliarias y de promoción de la salud, que incluyen la atención domiciliaria. Para realizar una buena programación se debe contar con información como: cumplimiento histórico de esta actividad, poblaciones objetivos, cobertura, concentración, grupos priorizados, incentivos, entre otros (28).

- **Objetivos de la Visita**

El fin último de la visita domiciliaria, es promover las condiciones ambientales y relacionales que favorezcan el desarrollo biopsicosocial y la salud de los integrantes de las familias, acompañándola durante su curso de vida individual y familiar, a través de prestaciones más pertinentes y basadas en la construcción de una relación de ayuda entre el equipo de salud y la familia. Para lograr este macro objetivo, en la visita domiciliaria podemos distinguir dos grandes objetivos (29).

Objetivos Diagnósticos:

- Conocer el hogar, entorno y situación familiar.
- Evaluar a la familia como unidad de cuidado.

- Evaluar la calidad de la unidad “paciente – cuidador.”
- Mejorar la definición del problema de salud.
- Detectar necesidades del grupo familiar y caso índice.
- Pesquisar nuevos problemas de salud.
- Evaluar factores y conductas de riesgo y protectoras.
- Evaluar los recursos familiares en salud (30).

Objetivos Terapéuticos:

- Mejorar la comunicación y fortalecer el vínculo entre los integrantes del Equipo de Salud y la familia.
- Aprovechar el encuentro con el paciente en su propio medio, para mejorar la comunicación al interior de la familia.
- Potenciar el autocuidado por parte de la familia y del paciente, contextualizando la intervención a la realidad familiar, aprovechando sus recursos.
- Apoyar a la familia en necesidades emocionales ante crisis normativas y no normativas, como enfermedad terminal y duelo.
- Ser un espacio de intervención individual y familiar, que considera un número determinado de actividades para lograr objetivos específicos, consensuados con la propia familia.
- Favorecer la adherencia al tratamiento (31).

Al plantearse la visita domiciliaria integral en salud, debemos preguntarnos por el impacto de ésta sobre la población. Es importante recordar que la atención domiciliaria depende de los objetivos fijados por los equipos de salud en conjunto con las familias, y que son estos objetivos los que deben ser evaluados. Los objetivos deben ser realistas y medibles. No existen “intervenciones para todo”: Sólo en la medida que se defina lo que se quiere lograr y a través de qué plan de acción, se pueden esperar resultados (32).

- **¿Cuándo y a quiénes visitar?**

Situaciones que hacen considerar una visita domiciliaria:

- Situación de riesgo de un integrante o de varios integrantes de la familia que hace reflexionar al personal de salud la necesidad de realizar una visita domiciliaria.
- Situación en que un miembro de una familia solicita ser visitado por un problema específico de un integrante o familia en general.
- Grupos vulnerables o de riesgo (33).

- **Reuniones de Sector y Gestor de Casos**

La visita domiciliaria, como ya se mencionó, es parte de un conjunto de acciones que conforman el plan de intervención o acción. Este plan de intervención y la pertinencia de la atención domiciliaria, se determina con el equipo de cabecera en la reunión de sector. Reconociendo que este espacio, es aún insuficiente en la realidad cotidiana de los equipos, se sugiere que esta pertinencia sea discutida en una reunión con al menos dos representantes del equipo de cabecera, resguardando la mirada biopsicosocial.

Es primordial que los equipos cuenten con horarios protegidos para este espacio de discusión, entendiendo que cualquier actividad preventiva e integral tendrá un retorno a largo plazo, favorable para la salud de las familias (34). El integrante del equipo de salud que presenta el caso en la reunión de sector, debe realizar previamente la recolección de los antecedentes para un conocimiento más acabado de la situación (estudio de familia), con resguardo de los datos personales y sensibles (35).

Definida por el equipo la pertinencia de la visita domiciliaria, se define un gestor del caso, el cual es responsable de monitorear el plan de acción y gestionar aspectos logísticos de la misma tales como:

- Establecer el motivo de visita.

- Fijar los objetivos de la visita.
 - Determinar los contenidos a tratar.
 - Monitorear que este la mayor parte de la información (estudio de familia).
 - Realizar un primer contacto directo o telefónico con la familia, considerando el consentimiento informado (al menos en forma verbal de parte de ésta).
 - Organizar la visita: pauta de observación, instrumentos a utilizar, material educativo y de consejería, otros (35).
 - Aclarar datos de ubicación del domicilio, del trayecto y transporte, organizando los recursos que se utilizarán para efectuarla.
 - Desarrollar los objetivos preliminares de la visita para luego compartirlos con la familia.
 - Confirmar la hora telefónicamente en una segunda instancia el día anterior a la realización de la visita domiciliaria (36).
- **Equipo que realizará la visita domiciliaria**

Es deseable que la visita domiciliaria se realice por dos personas del equipo de cabecera del establecimiento, consensuado idealmente en las reuniones de casos. Se busca que este equipo no sólo aporte al caso índice, sino que integre las relaciones que se establecen en dicho grupo familiar, las condicionantes sociales, que se pueden observar, y la posibilidad de además, realizar una atención directa si así lo requiere según los objetivos planteados y las competencias de los que la ejecutan (13).

Se sugiere que sea un profesional del ámbito biomédico y otro psicosocial, pudiendo así complementar la atención, sin embargo, más que el número de personas que asisten a la visita o la profesión que éstas tengan. El equipo de salud debe tener conocimiento compartido de la situación de la familia, de los datos de la ficha clínica pertinentes y con resguardo de la confidencialidad de la misma. Debe tener muy claro los objetivos de la intervención. De la organización de esta información depende el éxito de la visita, por lo tanto, es de utilidad concordar y anotar previamente el plan de acción y los objetivos de la visita domiciliaria (4).

Las personas que realizaran la visita, independiente de la profesión que tenga, deben tener la capacidad de integrar los aspectos a observar (biopsicosocial, como Individual / familiar/ comunitario), esta persona que visita no va necesariamente como experto en una temática sino como facilitador del autocuidado en salud, en relación a esta familia en riesgo y donde ofrecerá un acompañamiento y optimización de los recursos familiares en función de favorecer la salud de ésta (35).

- **Consentimiento Informado**

En el momento de establecerse la necesidad de una visita domiciliaria, el integrante del equipo de salud conversa sobre esta necesidad con la persona, familia o la comunidad en situación de riesgo o con algún problema importante a tratar, solicitando su consentimiento para ser visitado. Se le indicará que en este proceso podrán conocerse datos relevantes de su ficha clínica, sobre los que los profesionales tendrán la obligación de guardar la confidencialidad. Es recomendable que este consentimiento quede plasmado por escrito, ya sea en la ficha clínica o en un documento destinado para este efecto (37).

- **Traslado**

El traslado al hogar sigue siendo una variable no menor a la hora de cumplir con esta actividad. Podemos tener todo lo previo realizado, pero si no contamos con algo tan concreto, esta actividad no se realizará (8). Es importante, que los establecimientos gestionen adecuadamente los recursos sectoriales e incluso intersectoriales, para contar con transporte óptimo para la realización de la visita. Se debe tener en cuenta las longitudes del trayecto al hogar y los medios de transportes disponibles (26).

Se sugiere la planificación de varias visitas domiciliarias en familias de una zona geográfica cercana para disminuir los tiempos y costos de traslado. Es importante que los funcionarios puedan trasladarse en forma segura y con un transporte institucional, cuando se realice la atención domiciliaria. Cabe señalar, que los equipos de salud deben evaluar la viabilidad de la actividad y siempre tener presente, que no se deben

correr riesgos innecesarios que expongan la seguridad de los profesionales y/o técnicos que realizan la visita (27).

a. Etapa de ejecución

El equipo de salud debe basarse en la herramienta de la semiología ampliada, que permite observar elementos estructurales y relacionales. Aquí se releva la multidimensionalidad del individuo, su familia, inmersa en el hogar, en contexto con el barrio y su entorno (11). Es en estos diferentes ámbitos en que el equipo debe aprender a leer los síntomas y signos del contexto estructural y relacional, que le permitan la comprensión del proceso salud-enfermedad, relacionando las diferentes dimensiones que permitan establecer un modelo explicativo y una hipótesis sobre los problemas detectados, así como un plan de cuidado factible y acorde al contexto. La semiología ampliada, requiere para un buen diagnóstico las técnicas de la entrevista y la observación (38).

La Ejecución de la visita domiciliaria comienza cuando el equipo se dirige hacia el hogar, momento en el que puede observar las características del sector:

- Características del barrio (acceso, grado de seguridad, viviendas, establecimientos educacionales, bibliotecas, empresas, centros comunitarios, centros de salud, acceso a movilización).
- Presencia de negocios (almacenes, botillerías, discotecas, máquinas de juegos de azar).
- Características de la población (vestimenta, grupos, lenguaje).
- Aspecto de la calle, uso del espacio público.
- Tráfico vehicular, locomoción colectiva.
- Disposición de la basura.
- Nivel de contaminación.
- Servicios básicos (agua, alcantarillado, electricidad, internet, teléfono).

- Áreas verdes y de recreación (superficie, máquinas de ejercicios, juegos infantiles, canchas deportivas) (39).

De esta manera, se conocerá el marco de protección, cuidado, socialización y satisfacción de necesidades en el que se desenvuelve esta familia en su proceso de salud o enfermedad, inserto en su entorno.

Fases de la etapa de Ejecución

La visita domiciliaria propiamente tal, en el hogar, consta de las siguientes fases: Fase inicial, de desarrollo, de término.

- **Fase Inicial:** Esta primera parte de la visita es una fase social y es muy importante, porque en ella se va creando el clima de confianza y el acercamiento necesario para entrar en temas de mayor profundidad. Se inicia con la llegada al hogar y el contacto inicial, que incluye saludo y presentación con identificación. Se pregunta por la persona con la cual se hizo el contacto y se acordó la visita. Realice un recuerdo breve de por qué está allí. Un tema central en esta llegada, es el clima de apertura, respeto, autenticidad e interés hacia la persona tal cual es (11).

La relación empieza a construirse de forma explícita, se familiarizan expresando sus expectativas, sus temores tanto el profesional como la familia. Es un momento en el que se establecen lazos de confianza, otorgando tiempo efectivo (35). La persona y/o familia es capaz de comprender en qué sentido el profesional puede intervenir con él, cuáles son sus habilidades y sus límites en la ayuda aportada. Por su parte, el profesional capta mejor lo que la persona puede aportar a esta relación para encontrar respuesta a su necesidad. Es una relación sustentada en el respeto, y en la autenticidad (39).

Si no se es invitado a pasar espontáneamente, se sugiere solicitar ser invitado (¿Puedo pasar?). Recuerde que, si no es invitado, es porque probablemente la

alianza terapéutica previa no fue lograda (la familia debe sentir que la visita es un aporte para ella) Si ya está en el hogar, y ya ha realizado el primer contacto, espere ser ubicado por la familia, para luego comenzar a realizar la entrevista familiar. Aproveche de observar la distribución de los integrantes de la familia y la que le asigna al equipo (25).

- **Fase de Desarrollo:** A medida que va desarrollándose la visita domiciliaria, el equipo tiene la oportunidad de observar características del hogar y de la familia que pueden ser claves a la hora de construir las necesidades y prioridades de cada familia (9). Por ello, es importante que tome atención a elementos como:
 - Ambiente físico (condiciones de la vivienda, equipamiento, espacios comunes, jardín).
 - Ambiente del hogar (tenso, relajado, facilitador, acogedor).
 - Lugar de la entrevista (patio, cocina, living, comedor, dormitorio).
 - Acceso y disponibilidad (áreas del domicilio accesibles y restringidas).
 - Situación familiar y relacional (sistema familiar y subsistemas conyugal, parental, filial).
 - Roles y jerarquía en la familia (jefatura, colaborador, dominante, ausente, sumiso, pone humor)
 - Contacto y nexos (integrante de la familia que recibe, hace nexos).
 - Comunicación (lenguaje verbal y no verbal).
 - Patrones estilos de vida familiares (no valorar sólo lo conductual sino aspectos cognitivos y afectivos-emocionales).
 - Recursos de la familia (decisiones y prácticas).
 - Relaciones intergeneracionales y de cuidados (39).

Recomendaciones:

- Cuidar la participación de los diferentes integrantes de la familia presentes.
- Apoyarse como dupla facilitando el desarrollo de la entrevista.

- Cuidar de facilitar la autonomía de la familia, tanto en la evaluación de los problemas como en sus estrategias de manejo.
 - Reforzar los factores protectores y felicitar las conductas positivas en salud.
 - Realizar un registro completo, que incluya las impresiones de la dupla visitadora.
 - Recordar y respetar los paradigmas de la familia y evitar imponer los nuestros (23).
 - Evitar: ser autoritario, hacer interpretaciones, transformar el encuentro en un interrogatorio, enfatizar las diferencias entre miembros de la familia, resaltar aspectos o actitudes negativas, emitir juicios de valor.
 - En caso de identificar uso de terapias médicas indígenas y/o complementarias, se recomienda una consejería para la continuidad de adherencia al tratamiento y asegurar de que estos no tengan efectos adversos.
 - Si usted nota que su presencia está generando incomodidad, molestia o afectando la situación familiar, proceda a agradecer la atención brindada y a retirarse del domicilio (16).
- **Fase de cierre:** La fase final es un momento especial para compartir la experiencia común y esperar que ello ayude a ponerlo en práctica en la vida cotidiana. El cierre de una visita debe iniciarse con anticipación al cierre cronológico, unos 10 a 15 minutos antes de que terminen los 60 minutos establecidos para la visita domiciliaria (32).

En este momento el equipo:

- Evalúa con el grupo familiar: Un miembro del equipo consulta, al término de la visita si se cumplieron las expectativas que fueron explicitadas al inicio de ella y si no fuera así, que es lo que faltaría tratar al respecto.
- Sintetiza los acuerdos y compromisos, y los verifica con la familia.

- Establece el plan de Intervención inicial en conjunto con la familia, que incorporara acciones a nivel de centro de salud, como posibles visitas domiciliarias.
- Se explicita a la familia que el plan de intervención o acción será presentado al equipo de sector, para su acabado análisis, ejecución y seguimiento (24).

Los integrantes del equipo integral de salud se despiden de todos los integrantes de la familia, en forma empática y afectuosa, y se retira del hogar acompañado por alguien de la familia. Si esto no se diera en forma espontánea, es aconsejable que el equipo lo solicite explícitamente, de modo de lograr el cierre conjunto de la visita domiciliaria (23). Es importante tener cuidado de no apurar la despedida y estar atento a que este momento puede ser aprovechado por un integrante de la familia para compartir una información que optó por no presentar anteriormente (11).

Frente a este hecho se debe agradecer la confianza y evaluar si corresponde verlo en forma individual o familiar en una nueva ocasión. Una vez fuera del hogar, es cuando equipo sanitario visitante puede compartir opiniones y realizar una retroalimentación en función de lo ejecutado. Si bien todas las acciones propuestas en la etapa de ejecución son necesarias y pertinentes, puede suceder que no se logren cumplir en una sola sesión (11).

- **Registro de la visita domiciliaria:** Finalizada la visita propiamente tal, de regreso a la entidad de salud pertinente , el equipo visitador registra en la ficha individual y/o familiar la visita según la pauta, incluyendo los miembros de la familia presentes, listado de problemas, evaluación del funcionamiento familiar, recursos de la familia y el plan de cuidado inicial acordado con la familia, complementando la información ya existente y actualizando los instrumentos aplicados, como el genograma, los factores protectores y de riesgo, entre otros (14).

Es importante que el registro sea realizado lo más pronto posible, a fin de realizar un registro más fidedigno, tanto de los datos como de las observaciones e impresiones (14). Asimismo, este registro tiene un objetivo también administrativo, dado que esta actividad de visita domiciliaria nutre al registro estadístico mensual correspondiente para fines de programación y evaluación. Por otra parte, la atención domiciliaria forma parte del índice de actividad de atención primaria, como un indicador de evaluación del cumplimiento del plan de salud en todas las comunas del país (28).

b. Etapa de evaluación, monitoreo y seguimiento

El equipo debe evaluar la atención domiciliaria realizada, actualizando los problemas y los objetivos de intervención planteados inicialmente. Luego, presenta el caso de familia al equipo de sector, con las nuevas situaciones problemas detectados, así como el plan de cuidado establecido en conjunto con la familia (9). El equipo de sector revisa el caso, afina la hipótesis diagnóstica, el listado de problemas y el plan de cuidado y lo completa estableciendo un responsable por actividad, así como los plazos y recursos.

Es importante que el equipo considere las diferentes instancias de contacto de los integrantes de la familia con diferentes miembros del equipo de salud, para el monitoreo y seguimiento, se puede evaluar la visita pero por sobre todo se debe evaluar y monitorear el plan de acción en donde la visita es parte. Ejemplo: el control crónico de un integrante de la familia puede ser aprovechado como instancia de monitoreo del plan de Intervención (35).

Se insiste que debe existir un responsable en el equipo de sector, pudiéndose llamar gestor del caso, quien debe gestionar el cumplimiento del plan de Intervención, realizando el monitoreo de cada una de las actividades en las reuniones sucesivas de sector, registrando el seguimiento de las actividades realizadas, según el plan de cuidado previamente establecido (19). No se debe olvidar que el gestor de caso es el responsable del registro en la ficha familiar y/o individual. Es muy importante

promover la continuidad de la atención en la red, considerando la visita domiciliaria dentro de un proceso de atención de salud y no cómo una actividad aislada (10).

Por otro lado, hay que destacar la importancia de la vinculación de la visita domiciliaria con el soporte social respectivo del intersector (las visitas también se generan por contacto desde el intersector, oficina de la mujer, del adulto mayor, oficina de protección de derechos, entre otros (34).

Los desafíos y resultados que esperemos de la atención en el domicilio dependen del contexto local y las necesidades específicas de cada familia. Es importante siempre considerar objetivos realistas y medibles. Además, es importante no olvidar que finalmente no solo se evalúa la visita en forma aislada. En el caso de personas que requieran apoyos y cuidados específicos se necesita reforzar la movilización de los recursos familiares y comunitarios disponibles, no solo en la visita si no en el seguimiento del plan (31).

2.3.4. Calidad de la visita domiciliaria

Sin duda, evaluar la calidad de la visita domiciliaria se convierte en un proceso complejo que exige una mirada holística para intentar mantener un equilibrio en la conformidad de quienes participan: usuarios, equipo que realiza la visita, y evaluadores (35). Por ese motivo, mantener esta mirada permitirá abarcar las diversas dimensiones que conforman la calidad asistencial. Algunas de éstas son: efectividad, eficiencia, acceso, competencia técnica, mejora de la salud, equidad, adecuación, disponibilidad, aceptabilidad, satisfacción, continuidad, respeto, seguridad, oportunidad, prevención/detección precoz, entre otras (36).

La estrategia de la atención domiciliaria, considerando el modelo de Avedis Donabedian, enmarca la evaluación de la calidad en tres niveles específicos. Además éstos tienen una relación intrínseca que determina que en ausencia o presencia de ciertos elementos que los conforman, se impactará en la percepción del usuario respecto al servicio de salud que recibe (3).

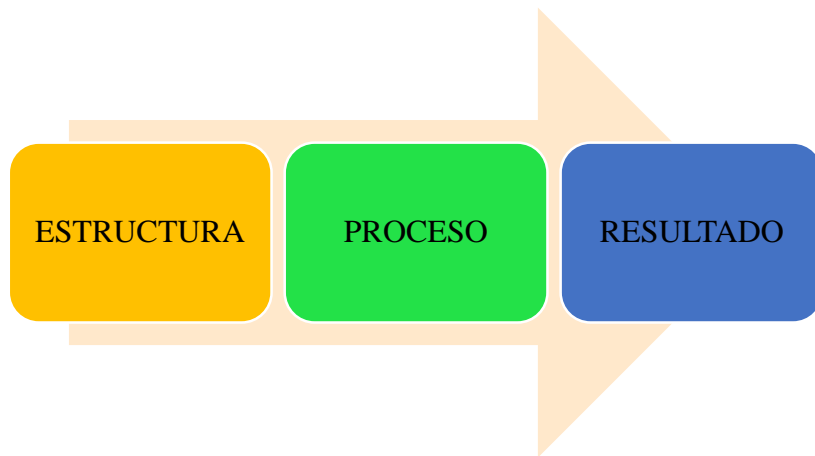


Figura 4. Niveles para evaluar la calidad de la atención de acuerdo al modelo de Donabedian

Fuente: https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/06/2018.04.17_ot-visita-domiciliaria-integral.pdf

La visita domiciliaria como estrategia, considera los tres niveles de calidad (básico, intermedio y alto) que integran el modelo de Donabedian. Estos niveles de calidad tienen una función de categorizar a los centros de salud acorde al cumplimiento que obtengan respecto a los estándares de calidad establecidos (40). Otra particularidad del enfoque de calidad es procurar que un nivel superior siempre contenga al nivel inferior. Es decir, como se aprecia en la figura de niveles para evaluar la calidad, sería imposible conseguir y/o mantener el nivel alto de calidad si falla el nivel inferior. Por ende, se comprende que dependerá de esfuerzos consecutivos del sector para lograr el nivel alto de calidad (40).

Tabla 1.*Niveles de calidad en la visita domiciliaria*

Nivel de calidad	Resumen narrativo	Descripción	Integración de nivel de Donabedian
Básico	Aseguramiento del estándar en el diseño y ejecución de la visita domiciliaria	La Visita domiciliaria resguarda un estándar de calidad tanto en el diseño como en la ejecución (40). El equipo debe evidenciar el cumplimiento del estándar por medio del resultado obtenido en la “Pauta de Calidad”	Estructura. Proceso.
Intermedio	Énfasis en la satisfacción del usuario(a) externo.	Cumpliendo con el nivel de calidad básico, el siguiente paso es evidenciar que la acción alcanzó el resultado esperado desde la perspectiva más importante: la del usuario(a) (40).	Proceso Resultado.
Alto	Instalación de la estrategia de VDI para asegurar la satisfacción de usuarios(as) internos y externos	El centro de salud evidencia el cumplimiento de los 2 niveles anteriores y además demuestra contar con prácticas organizacionales que promueven el bienestar, tanto de los usuarios(as) internos y como externos. Por otra parte, se agrega el seguimiento para complementar la lógica de resultado del nivel intermedio (40).	Estructura. Proceso. Resultado.

Fuente: https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/06/2018.04.17_ot-visita-domiciliaria-integral.pdf

El nivel básico se preocupa mayormente del “qué se hará” y “cómo se hará” en la visita domiciliaria. Este nivel pone un énfasis en los insumos y la acción. Es recomendable recordar que no es un modelo el que delimita el éxito o fracaso de una prestación, es quién la recibe. Por ese motivo el nivel intermedio observa el “qué se logró” y si “cumplió con lo que esperaba el usuario” respecto a la atención en el domicilio. Por ese motivo un elemento clave será el adecuado planteamiento previo de objetivos de la intervención por parte del equipo (40).

La visita domiciliaria demanda un gran esfuerzo del equipo de salud que realiza la visita y al equipo en general, y a cambio entrega la oportunidad de promover cambios positivos en la salud de la población (40). Teniendo en consideración lo mencionado, es altamente recomendable que las direcciones de los centros de salud instalen procesos que resguarden el bienestar de los usuarios internos y externos como, por ejemplo: actividades de autocuidado. Este nivel se integra a los dos anteriores y evoluciona para ofrecer una calidad total que incluye a los usuarios (40).

2.4. Marco legal y Ético

2.4.1. Marco legal

2.4.1.1. Constitución del Ecuador

La Constitución de la República del Ecuador, en sus capítulos derechos del buen vivir y régimen del buen vivir, indica los derechos de los/las ciudadanas en cuanto a salud y bienestar de la población en todas sus esferas, respondiendo a la atención integral de toda la comunidad, para este efecto se hace referencia al siguiente artículo:

Art. 32.- “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir” (41).

Art. 359.- “El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.” (42).

Art. 360.- “El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud.” (42).

Art. 361. “El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.” (41).

Capítulo tercero

Derechos de las personas y grupos de atención prioritarios, en la Asamblea Nacional del Ecuador 2008, establece en cuanto a los derechos de las personas que:

Art. 35.- “Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad” (42).

Art. 358.- “El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional” (41).

2.4.1.2. Plan toda una vida

El Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021 “Toda una Vida” constituye un hito para el Ecuador, tras un proceso de participación ciudadana, enmarcado en la propuesta de diálogo nacional, que dio como resultado la consolidación de esta hoja de ruta del país, que orienta y articula las acciones estatales en beneficio de todas y todos. A través de este Plan, el Gobierno Nacional busca planificar y promover la garantía de derechos durante todo el ciclo de vida (43).

Eje 1: Derechos para todos durante una vida

Objetivo 1.- “Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas: Asume el desafío de fortalecer el acceso y mejorar la calidad de la educación, salud, alimentación, agua y seguridad social para todos, con el fin de cerrar brechas y generar oportunidades, con equidad social y territorial.” (44)

Eje 3: Más sociedad, mejor estado

Objetivo 7.- “Incentivar una sociedad participativa, con un Estado cercano al servicio de la ciudadanía: Promueve la organización autónoma de la sociedad, con mejor y mayor participación ciudadana, impulsando un diálogo que va más allá del ámbito político. Promueve las libertades (expresión, pensamiento, culto, conciencia, asociación) para

construir una sociedad sobre la base de la asociatividad y confianza interpersonal, con un Estado que garantiza los derechos.” (43).

2.4.2. Marco ético

2.4.2.1. Principios básicos de la bioética

Toda práctica médica debe basarse en principios éticos, los cuales garanticen la protección de las personas, evitando en todo momento hacer daño, por ello, esta investigación se guía a partir de los 4 principios básicos de bioética formulados por Beauchamp y Childress en 1979 que son:

- a. **Principio de Autonomía:** se le define como la obligación de respetar los valores y opciones personales de cada individuo en aquellas decisiones básicas que le atañen. Presupone incluso el derecho a equivocarse al hacer una elección (45). Este principio constituye el fundamento para la regla del consentimiento libre e informado en el que se asume al paciente como una persona libre de decidir sobre su propio bien y que este no le puede ser impuesto en contra de su voluntad por medio de la fuerza o aprovechándose de su ignorancia (45).*

- b. **Principio de Beneficencia:** es la obligación de hacer el bien, como uno de los principios clásicos hipocráticos. El actuar ético no postula solamente el respeto de la libertad del otro: incluye el objetivo del bien. Como las miradas del bien son múltiples, dependen de los individuos y las comunidades; este principio debe ser subordinado al de la autonomía. No se puede buscar hacer un bien a costa de hacer un daño; por ejemplo, el experimentar en humanos por el ‘bien de la humanidad’; no se puede hacer sin contar con el consentimiento de los sujetos, y menos sometiéndolos a riesgos o causando daño (45).*

- c. Principio de No maleficencia: consiste en el respeto de la integridad del ser humano y se hace cada vez más relevante ante los avances técnico-científicos (45). El principio de no maleficencia es un aspecto de la ética médica tradicional primum non nocere. Generalmente, coincide con la buena práctica médica que le exige al médico darle al paciente los mejores cuidados prescritos por el estado del arte (45).*
- d. Principio de justicia: consiste en el reparto equitativo de cargas y beneficios en el ámbito del bienestar vital, evitando la discriminación en el acceso a los recursos sanitarios (45). Este principio impone límites al de autonomía, ya que pretende que la autonomía de cada individuo no atente a la vida, libertad y demás derechos básicos de las otras personas. En este principio se entra en el campo de la filosofía social y política; se trata de regular la distribución o la asignación de los recursos limitados, insuficientes para la satisfacción de todas las necesidades y solicitudes (45).*

2.4.2.2. Código de Helsinki

Es una proposición de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información reconocible, lo cual beneficia en el desarrollo de la presente investigación a través de los siguientes principios éticos:

Principios generales

El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad (46).

La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales (46).

Privacidad y confidencialidad

24 Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal (46).

CAPÍTULO III

3. Metodología de la Investigación

El presente estudio se plantea con la intención de investigar la aplicación de la estrategia de visita domiciliaria, por parte del personal sanitario del centro de salud Imbaya de acuerdo a los estándares y normativas requeridas, para mejorar la percepción que tienen los usuarios y todo esto con el fin de brindar una atención de calidad y de calidez.

3.1. Diseño de la investigación

- **Cualitativo:** La investigación tiene un enfoque cualitativo porque busca describir por una parte el cumplimiento de la normativa de la visita domiciliaria, mediante la utilización de la observación estructurada para definir el nivel de satisfacción de los usuarios frente a la atención recibida en sus domicilios, lo cual permitirá conocer la situación actual acerca de esta estrategia. Además, la aplicación de la entrevista que permite obtener información personalizada, la información es escrita en una libreta de apuntes para su posterior análisis.
- **Cuantitativo:** La investigación tiene un enfoque cuantitativo porque busca caracterizar el nivel socio económico de la población en estudio, además de evaluar el nivel de cumplimiento de la normativa en la atención domiciliaria; pero lo cual se va medir o estimar la atención domiciliaria detallando cada aspecto del instrumento a utilizar, se recolectará datos estadísticos de las encuestas realizadas permitiendo facilitar los resultados.
- **Es no experimental:** porque se redujo a la observación de fenómenos sin intervenir o manipular su desarrollo. También debido a que el investigador

debió limitarse a la observación de situaciones ya existentes dada la incapacidad de influir sobre las variables y sus efectos.

3.2. Tipo de Estudio

- **Campo:** para la recopilación de la información fue necesario trasladarse al lugar de los hechos, es decir al Centro de Salud de Imbaya.
- **Descriptivo:** porque se detalló las características que va de lo general a lo particular sin alterar las variables.
- **Transversal:** se recolecto datos en un solo momento y en un tiempo con el único propósito de describir variables y analizar su incidencia e interrelación. Fue transversal ya que permitió realizar una investigación centrada en analizar cuál es el nivel o estado de una o diversas variables en un momento dado o bien cuál es la relación entre un conjunto de variables en un punto del tiempo.

3.3. Localización y Ubicación del área de estudio

Investigación que se realizara en Imbaya Centro, en el cantón Antonio ante de Imbabura.

3.4. Población universal

La población de Imbaya está conformada por 1451 habitantes

Población de estudio: 308 usuarios entre 20 - 65 años

3.5. Muestra

Para fines de investigación se aplicó la fórmula de muestreo y se obtuvo el valor muestral de 171 pacientes, quienes debían ser encuestados. Se aplicó el procedimiento de muestreo aleatorio simple, para el cual se especificaron criterios de selección.

3.5.1. Cálculo de la muestra:

Fórmula para calcular el tamaño de la muestra:

$$\frac{PQ * N}{(N - 1) \frac{E^2}{K^2} + PQ} = n$$

PQ = varianza 0,5

N= Universo de estudio 308

E = margen de error 0.05

K = intervalo de confianza al 95% (1.96)

$$\frac{0.25 * 308}{(308 - 1) \frac{0.05^2}{1.96^2} + 0.25} = 171$$

3.6. Criterios de inclusión

Usuarios que pertenecen a Imbaya acepten colaborar con la investigación y que fueron atendidos el primer semestre del 2019.

3.7. Criterios de exclusión

Usuarios que pertenecen a Imbaya no acepten colaborar con la investigación.

Usuarios menores de 20 años y mayores de 64 años

3.8. Técnica e instrumento

3.8.1. Técnica

Las técnicas empleadas en la investigación para recolectar la información fueron: la encuesta de estratificación de los niveles socioeconómicos del INEC, se elaboró un cuestionario que fue aplicado a los profesionales del centro de salud y para la

comprobación de su validez se realizó un check list durante la ejecución de la visita domiciliaria, para conocer el nivel de satisfacción de los usuarios que reciben la visita domiciliaria se realizó un cuestionario y la entrevista personalizada. Se empleó estas técnicas ya que son accesibles, entendibles y económicas. Permitiendo evaluar y cumplir cada objetivo propuesto.

3.8.2. Instrumento

El Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC)

Se aplicó la Encuesta de Estratificación de Nivel Socioeconómico, la cual permite identificar los grupos socioeconómicos relevantes y sus características. El formulario de la encuesta tiene 97 preguntas, para el estudio se utilizaron 25, las mismas que fueron seleccionadas por ser comunes y que caracterizan a los grupos socioeconómicos en cada una de las dimensiones (vivienda, educación, económica, bienes, tecnología, hábitos de consumo) (47).

Grupos socioeconómicos	Puntaje
A	De 845 a 1000 puntos
B	De 696 a 845 puntos
C+	De 535 a 696 puntos
C-	De 316 a 535 puntos
D	De 0 a 316 puntos

Figura 5. Estratos del nivel socioeconómico

Fuente: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/webinec/Estadisticas_Sociales/Encuesta_Estratificacion_Nivel_Socioeconomico/111220_NSE_Presentacion.pdf

Check list y encuesta al personal

Para la aplicación del check list y la encuesta al profesional se empleó una encuesta diseñada por el investigador, que fue validada mediante la aprobación de un experto y una prueba piloto aplicada a tres usuarios del centro de salud de Imbaya, verificando que el instrumento permite la correcta recolección de los datos. Este instrumento, permitió recolectar la información necesaria mediante la aplicación de 12 preguntas, dividida en 7 secciones. Todas las preguntas en opción múltiple.

Guía técnica para la evaluación de la satisfacción del usuario externo en los establecimientos de salud.

Tiene como objetivo principal establecer una metodología y herramientas estandarizadas para la evaluación de la satisfacción del usuario externo (48).

3.9. Metodología del proceso

Determinación del tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra para consulta externa y emergencia se determinará utilizando la fórmula de cálculo de porcentajes para investigación descriptiva, aceptando un error estándar hasta 10% (0.1) para establecimientos de salud de categoría I, del 5% (0.05) para establecimientos de categorías II y III con un nivel de confianza del 95%, asumiendo un $p = 0.5$ y $q = 0.5$, cuando no se conoce el porcentaje de satisfacción en estudios previos. Se recomienda añadir un 20% a la muestra total estimada, considerando la posibilidad de pérdidas o errores en los registros de las encuestas (48). La muestra para servicios de hospitalización no requiere determinación del tamaño, la muestra será asumida considerando el total de egresos para un determinado periodo. Se recomienda un periodo mínimo de 2 meses (48).

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

		Categoría		
		I	II	III
n	Tamaño de muestra			
p	Proporción de usuarios externos que espera que se encuentren insatisfechos	0,5	0,5	0,5
q	Proporción de usuarios externos que espera que se encuentren satisfechos. Su valor es (1- p)	0,5	0,5	0,5
e	Error estándar de 0.05 ó 0.1 según categoría del establecimiento	0,1	0,05	0,05
Z	Valor de "Z" para el intervalo de confianza 95%. El valor de "z" es igual a 1.96	1,96	1,96	1,96
N	Población de usuarios externos atendidos en el último año o semestre en los servicios de consulta externa y emergencia.			
n				

Figura 6. fórmula para determinar el tamaño de la muestra

Fuente: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2252.pdf>

3.9.1. Selección de la muestra:

Los entrevistados serán seleccionados por un muestreo sistemático, en base a los siguientes criterios: Para aplicar la encuesta de forma sistemática, divide el número de usuarios atendidos en la última semana entre el tamaño de la muestra obtenida, con lo cual establecerá cada cuanta usuaria deberá entrevistar. Ejemplo: Usuarios externos atendidos en consulta externa o emergencia en la última semana (300). Lo que significa que deberá entrevistar después de cada dos usuarios de la consulta externa o emergencia (48).

3.9.2. Análisis e interpretación de resultados:

El análisis de los datos podrá ser expresado en porcentajes para cada criterio de evaluación de la calidad considerando el siguiente orden:

- Fiabilidad
- Capacidad de Respuesta

- Seguridad
- Empatía
- Aspectos Tangibles (48).

Para el análisis de los resultados deberá considerar como usuarios satisfechos a los valores positivos (+), que serán obtenidos por la diferencia entre las percepciones (P) y las expectativas (E), y como usuarios insatisfechos a los valores negativos (-) de la diferencia $P - E$. Para la interpretación de los resultados obtenidos en la herramienta informática (Aplicativo en Excel), según servicio y/o categoría de establecimiento de salud deberá seguir los siguientes pasos:

- Elaborar y presentar una tabla general que incluye los resultados de P-E para las 22 preguntas considerado en el valor relativo y absoluto del nivel de satisfacción e insatisfacción para cada pregunta y el global.
- Determinar el nivel de satisfacción global como indicador según servicio y categoría. El estándar esperado es mayor al 60%, sujeto a variación según medición basal.
- Priorizar las preguntas por colores según el porcentaje de insatisfacción de mayor a menor considerando los siguientes valores, para la matriz de mejora:
- Las preguntas incluidas del porcentaje de insatisfacción en el color deben considerarse como oportunidades de mejoras prioritarias para las intervenciones de acciones correctivas siendo los rojos de mayor prioridad (48).

3.10. Metodología

Objetivo	Metodología	Técnica	Instrumento
Caracterizar el nivel socio económico de la población en estudio.	Descriptivo deductivo	Encuesta	Cuestionario
Describir el cumplimiento de la normativa para la utilización de la visita domiciliaria	Descriptivo Inductivo	Encuesta	Cuestionario
	observación estructurada	encuesta	lista de chequeo
Conocer el nivel de satisfacción de los usuarios que reciben la visita domiciliaria en Imbaya	Descriptivo Inductivo	Encuesta	Entrevista
	Descriptivo Inductivo	encuesta	cuestionario

3.11. Operación de variables

OBJETIVO: Caracterizar el nivel socio económico de la población en estudio.

VARIABLE	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA
Características socio económicas	Características de la vivienda	La vivienda es una edificación cuya principal función es ofrecer refugio y habitación a las personas, las características de la vivienda definen de qué materiales está hecha (47).	Tipo de vivienda	59-0
			Material de las paredes	59-0
			Material del piso	48-0
			Cuántas duchas y baños hay en el hogar	0-32
			Servicio higiénico	0-38
	Acceso a tecnología	El acceso a tecnología es la capacidad de los individuos para conectarse a Internet en el hogar (47).	Tiene servicio de internet	0-45
			Tiene computadora de escritorio	0-35
			Tiene computadora portátil	0-39
			Cuántos celulares tiene en el hogar	0-42
	Posesión de bienes		Tiene teléfono convencional	0-19

		La posesión de bienes se refiere a las cosas que la persona posee en el hogar (47).	Tiene cocina de horno	0-29
			Tiene refrigeradora	0-30
			Tiene lavadora	0-18
			Tiene equipo de sonido	0-18
			Cuantas TV a color hay	0-34
			Cuantos vehículos tiene	0-15
Hábitos de consumo		Los hábitos de consumo se refieren al estilo de vida que tienen los integrantes del hogar (47).	En el hogar compra vestimenta en centros comerciales	0-6
			Alguien ha usado internet en los últimos 6 meses	0-26
			Utilizan correo electrónico que no sea del trabajo	0-27
			Tienen alguna red social	0-28
			Han leído libros en los últimos 3 meses	0-12

	Nivel de educación	El nivel de educación se refiere a la clase de formación académica que ha recibido (47).	Nivel de instrucción del jefe del hogar	0-171
	Actividad económica del hogar	Actividad económica a cualquier actividad laboral donde se generan e intercambian productos, bienes o servicios (47).	Alguien es afiliado al IESS y/o ISSFA o ISSPOL	0-39
			Alguien tiene seguro privado	0-55
			Ocupación del jefe del hogar	76-17

OBJETIVO: Describir el cumplimiento de la normativa para la utilización de la visita domiciliaria

VARIABLE	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA
Visita domiciliaria	Preparación de la visita	Etapas de la visita domiciliaria en la que se identifica el sitio, hora, día de ejecución (17).	Elaboración del plan de visita	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • A veces • Casi siempre • Siempre
	Presentación en el domicilio	Es la identificación como personal sanitario dirigido a los usuarios que reciben la atención en su vivienda (35).	Presentación de los profesionales que deben realizar visitas domiciliarias	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • A veces • Casi siempre • Siempre
	Valoración	La valoración es un proceso planificado, sistemático y continuo, que los profesionales sanitarios realizan mediante un pensamiento crítico para obtener y organizar la información necesaria al decidir el cuidado o tratamiento que se proporciona (27).	<ul style="list-style-type: none"> • Recolección de datos • Organización de los datos • Validación de los datos. • Registro de datos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • A veces • Casi siempre • Siempre

	Planificación de los cuidados	La planificación consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del paciente, identificadas en el diagnóstico. (Prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la salud) (37). Esta fase comienza después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados (35).	<ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de prioridades • Elaboración de objetivos • Elaboración de las intervenciones o cuidados 	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • A veces • Casi siempre • Siempre
	Ejecución de cuidados	La ejecución es el comienzo del plan de cuidados para conseguir objetivos concretos. Esta fase comienza después de haberse desarrollado el plan de cuidados y está enfocado en el inicio de aquellas estrategias que ayudan al usuario, familia y comunidad a conseguir los objetivos deseados (16).	Asistencia de las actividades	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • A veces • Casi siempre • Siempre

	Evaluación de la visita	La evaluación de la visita comienza cuando el equipo de salud se retira: en el hogar se comenta la visita y se espera que ésta actúe como un catalizador de procesos, pero también puede producir daño; y el equipo de salud se deberá reunir para analizar los datos obtenidos y extraer conclusiones. Se debe reflexionar e intercambiar impresiones, sensaciones y percepciones para, finalmente, elaborar una descripción y evaluación de la actividad (27).	Objetivos alcanzados	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • A veces • Casi siempre • Siempre
	Registro de la visita	Es el registro u anotaciones de todas las actividades realizadas por el personal sanitario, durante la atención en el domicilio del usuario (16).	Registro de las actividades realizadas	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • A veces • Casi siempre • Siempre

OBJETIVO: Conocer el nivel de satisfacción de los usuarios que reciben la visita domiciliaria en Imbaya.

VARIABLE	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA
Satisfacción del usuario	Satisfacción del usuario relacionado con la calidad de atención	Es posible definir la satisfacción del usuario como el nivel del estado de ánimo de un individuo que resulta de la comparación entre el rendimiento percibido de la atención recibida con sus expectativas (6).	Relación entre el paciente y el equipo de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Muy buena • Buena • Regular • Mala
			Colaboración de los familiares	<ul style="list-style-type: none"> • Muy buena • Buena • Regular • Mala
	Satisfacción del usuario relacionado con la calidad del servicio	Es posible definir la satisfacción del usuario como el nivel del estado de ánimo de un individuo que resulta de la comparación entre el rendimiento percibido del servicio prestado con sus expectativas (36).	Grado de interés del profesional	<ul style="list-style-type: none"> • Muy buena • Buena • Regular • Mala
			El paciente cumple con las indicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • A veces • Casi siempre • Siempre

			Cambios en el estado de salud del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Muy buena • Buena • Regular • Mala
			Atención adecuada	<ul style="list-style-type: none"> • Muy buena • Buena • Regular • Mala
			Aplicación de medicamentos de manera oportuna	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • A veces • Casi siempre • Siempre
			Utilización de insumos	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • A veces • Casi siempre • Siempre

3.12. Presentación de resultados:

En base a la categorización de usuarios satisfechos e insatisfechos según la diferencia de P-E, los resultados pueden presentarse en niveles globales de satisfacción o insatisfacción, por criterios o dimensiones y por cada pregunta.

En caso de dos o más evaluaciones de la satisfacción del usuario externo, podrán hacerse comparaciones con gráficos de tendencia (48).

3.12.1. Análisis de datos.

Luego de la aplicación del instrumento de investigación en el Centro de Salud de Imbaya, se procedió a la tabulación en una base de datos de Microsoft Excel, posteriormente se elaboró tablas que permitan presentar los resultados y facilitar de esa forma el análisis; para que en base a ellos se realicen acciones hacia el mejoramiento de la atención brindada durante la visita domiciliaria; así como también el desarrollo del protocolo para la ejecución de la visita domiciliaria.

CAPÍTULO IV

4. Resultados de la investigación

4.1. Características socio económicas de la población en estudio

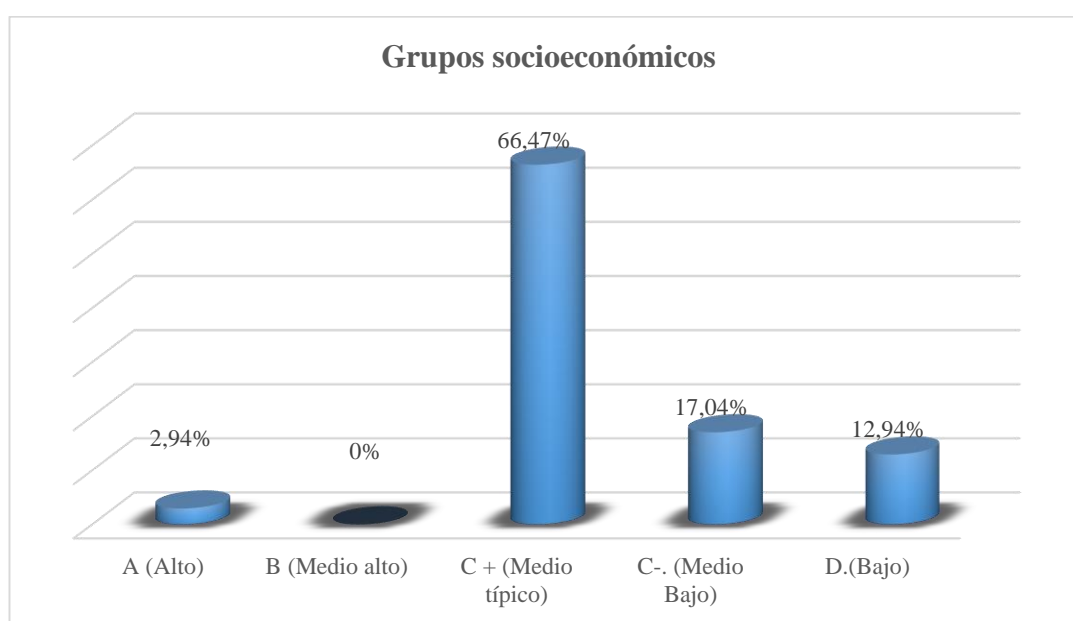


Gráfico 1. Características socio económicas

Se observa claramente que la población se centraliza en un grupo socioeconómico medio típico C+, inclinándose a grupos poblacionales con un nivel más bajo.

En el caso de este estudio el estrato socioeconómico es representado por más del 60% de la población perteneciente al grupo C+ medio típico, que se caracteriza por tener viviendas con pisos de cerámica, baldosa o vinil. En los electrodomésticos la gran parte de la población posee: teléfono convencional, refrigeradora, cocina con horno, lavadora, equipo de sonido y en promedio tiene dos televisiones. Con respecto a la tecnología una pequeña parte de la población posee servicio de internet, computadora de escritorio, computadora portátil (47).

En los hábitos de consumo más del 40% del grupo C+ realiza sus compras de vestimenta en centros comerciales, la gran parte posee correo electrónico personal y casi la mitad de la población ha leído libros no relacionados a los estudios. Por lo general el jefe del hogar tiene una instrucción de secundaria completa y desempeñan trabajos como comerciantes, operadores de instalaciones de máquinas o montadores. Gran parte de esta población posee seguro del IESS, ISSFA O ISSPOL, mientras que casi mínima es la población que posee seguro de salud privado (47).

4.2. Cumplimiento de la normativa para la utilización de la visita domiciliaria.

Para el mejor análisis se realizó una triangulación de resultados entre la encuesta y check list para la observación en la ejecución de la visita domiciliaria aplicada al personal, así como la encuesta y entrevista aplicada a los usuarios. Los resultados obtenidos se evalúan con el modelo de Donabedian que considera la estructura, el proceso y los resultados como criterios a ser evaluados para identificar si el nivel de calidad de la atención es alto, intermedia o baja.

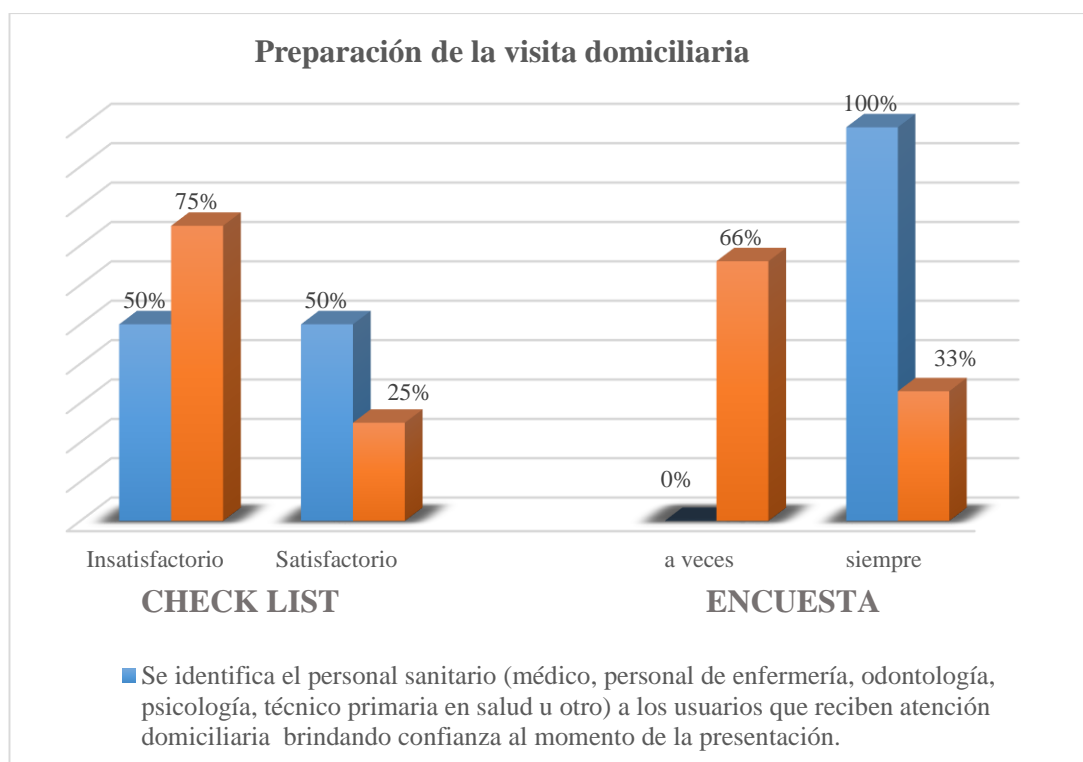


Gráfico 2. Preparación de la visita domiciliaria

El personal sanitario refiere que siempre se identifican como profesionales hacia los usuarios como lo estipula la normativa, dan a conocer su nombre y profesión respectiva; mientras que, al ser observados durante la ejecución de la visita, se evidenció en un 50 % no se identifican adecuadamente, esto puede ser consecuencia de que en primera instancia no se genera confianza para ejecutar una visita domiciliaria efectiva. Con respecto a la elaboración del plan de visita domiciliaria el personal refiere que a veces realiza el plan de visita, efectivamente se evidencia que el equipo de salud no realiza el plan de visita.

Los estudios realizados por la investigadora Catalina Adelina Serrano Díaz en el proyecto sobre Metodología para el pase de visita de enfermería en la atención primaria en salud, indica que en la visita se deben dar las orientaciones a la familia o al paciente, promoviendo el diálogo e intercambio de información a través de canales de comunicación interpersonal o cara a cara lo que posibilita individualizar los problemas de cada cual, o con la información grupal a través de la dinámica (49).

Desde el primer contacto se debe generar confianza suficiente para que el usuario se sienta seguro y sea colaborador durante el proceso. La preparación de un plan de visita domiciliaria es esencial para que sea efectiva, para ello se debe concertar el día y la hora que se va a realizar la visita domiciliaria con la familia y se deberá planificar mínimo 3 actividades para evitar, controlar o eliminar riesgo biológico, sanitario y socioeconómico.

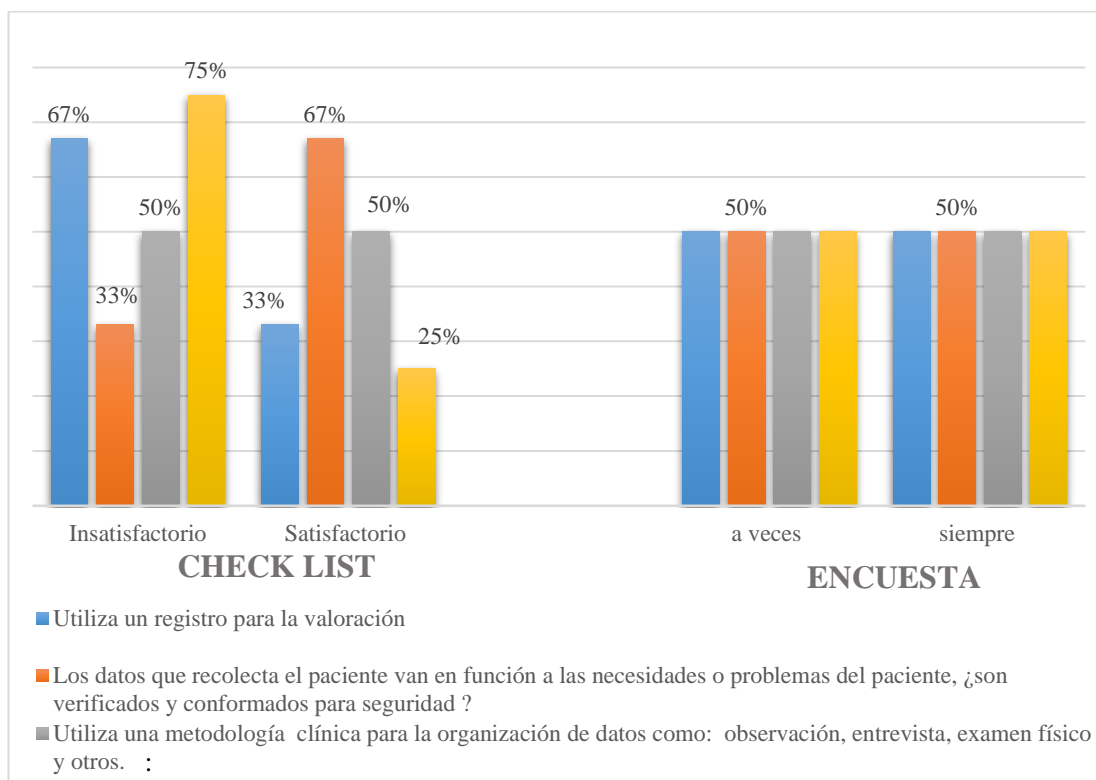


Gráfico 3. Valoración de la visita domiciliaria

La mitad del personal de salud refiere que realizan un registro ordenado de los datos de la valoración física durante la visita domiciliaria, pero se observa que durante la visita domiciliaria el personal no realiza el registro adecuadamente, esto puede deberse a que no se realiza el examen físico completo y por lo tanto no se cuenta con la información necesaria.

La mitad del personal refiere que los datos recolectados durante la visita domiciliaria van en función a las necesidades y/o problemas del usuario y se corrobora esta información con la observación de la ejecución de la visita domiciliaria. Referente a la metodología se observa que el personal de salud en un 50% utiliza metodología clínica para la organización de datos como observación, entrevista, examen físico entre otros. Al referirse a datos generales, datos objetivos, datos subjetivos, datos históricos actuales para recoger datos. El 50% del personal asegura que lo cumple, pero, mediante la observación del servicio otorgado, este no es satisfecho ya sea porque no hay organización de información o por no realizar adecuadamente las interrogantes.

El estudio realizado en la Universidad Católica de Esmeraldas por Menéndez Gabriela indica que el trato que reciben los pacientes en cada una de las visitas domiciliarias ha sido bueno, lo cual denota gran aceptación por parte de los usuarios (50). Menéndez manifiesta que esta estrategia extramural es importante porque es el soporte para la valoración de nuestros pacientes en la detección preventiva de cualquier patología, la deficiencia de esta atención baja la calidad del servicio en la atención integral de los pacientes, el cual debe ser corregido de forma inmediata con el equipo interdisciplinario para un mejor funcionamiento de las unidades operativas.

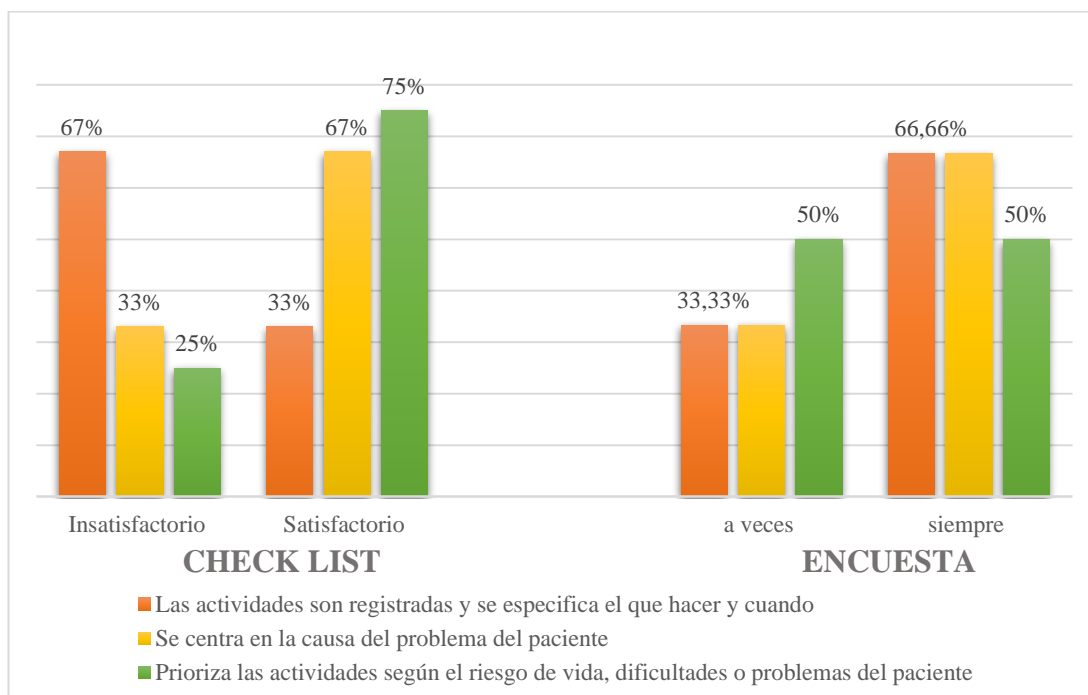


Gráfico 4. Planificación de los cuidados de la atención domiciliaria

El personal sanitario refiere que cumple con la obligación de planificar los cuidados hacia los pacientes, sin embargo, se observa que el personal no siempre planifica adecuadamente las actividades a ejecutarse y por consiguiente muchas de ellas no son efectivas, los usuarios no son informados el que hacer y cuando; comentarios de los usuarios como “no sabíamos que iban a venir a visitarnos”, corroboran lo mencionado.

Al triangular los hallazgos de la lista de chequeo, la encuesta y la entrevista se evidencia que el personal sanitario evalúa el o los problemas de salud en la familia. Se refleja que el personal si prioriza las actividades según los factores de riesgo, dificultad o problema del usuario. En la Guía de Orientaciones Técnicas para Cuidados Domiciliarios en Chile durante el 2017 refiere al enfoque de Atención Centrada en la Persona (ACP), el que implica posicionar a las personas en el centro de la atención, fomentando su autonomía, potenciando su independencia y destacando el papel terapéutico de lo cotidiano y lo significativo para cada individuo. Esto es, darle valor a sus características personales, individuales y a su historia de vida, a fin de dar sentido a las intervenciones profesionales que se realicen. (51).

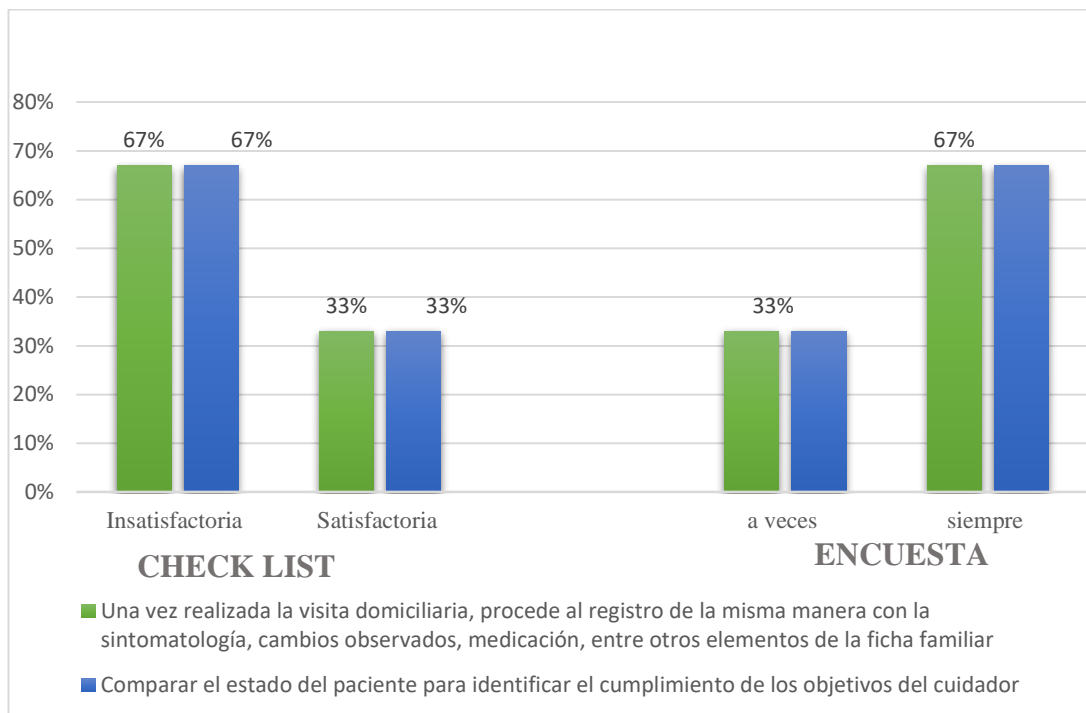


Gráfico 5. Ejecución de los cuidados, evaluación y registro de la visita domiciliaria.

Luego de haber realizado las visitas programadas el equipo debe registrar la sintomatología, los cambios observados y si hubo ajustes en la medicación al llegar al establecimiento, en este caso el personal refiere que realiza el registro de la visita domiciliaria al llegar al establecimiento, pero mediante la observación no se evidencia esta conducta, puede ser que el personal designa su tiempo a otras actividades y espera a que se cumpla el plazo para enviar la matriz semanal y hacer el registro.

Los profesionales de salud manifiesta que comparan el estado del paciente para identificar el cumplimiento de los objetivos trasados en la planificación, pero esto no se evidencia ya que en algunos casos los objetivos del cuidador no están bien definidos, en otras ocasiones no hay una planificación previa o el tiempo de la visita es demasiado corto que no permite su ejecución completa.

Katherine Solis en su trabajo sobre Programa de visita domiciliaria del sistema de salud costarricense: lineamientos para mejorar indique que durante la etapa de ejecución de la visita, el ATAP (Asistente Técnico de Atención Primaria) puede

encontrar situaciones que desde su formación básica requieren de un acompañamiento multi e interdisciplinario para dar solución, así el trabajo articulado con el resto de profesionales del equipo es fundamental para que los alcances de su labor sean los esperados por la población y el sistema de salud, lo cual es respaldado por la OPS (2007) ya que los equipos multidisciplinarios son fundamentales para el enfoque de la atención primaria de salud, lo que no solo requiere de una combinación correcta de profesionales, sino también de una definición adecuada de funciones y responsabilidades, de una distribución geográfica equitativa, y de una capacitación que maximice su contribución a los resultados de salud y a la satisfacción de los trabajadores de salud y de los usuarios (5).

4.3. Nivel de satisfacción de los usuarios que reciben la visita domiciliaria

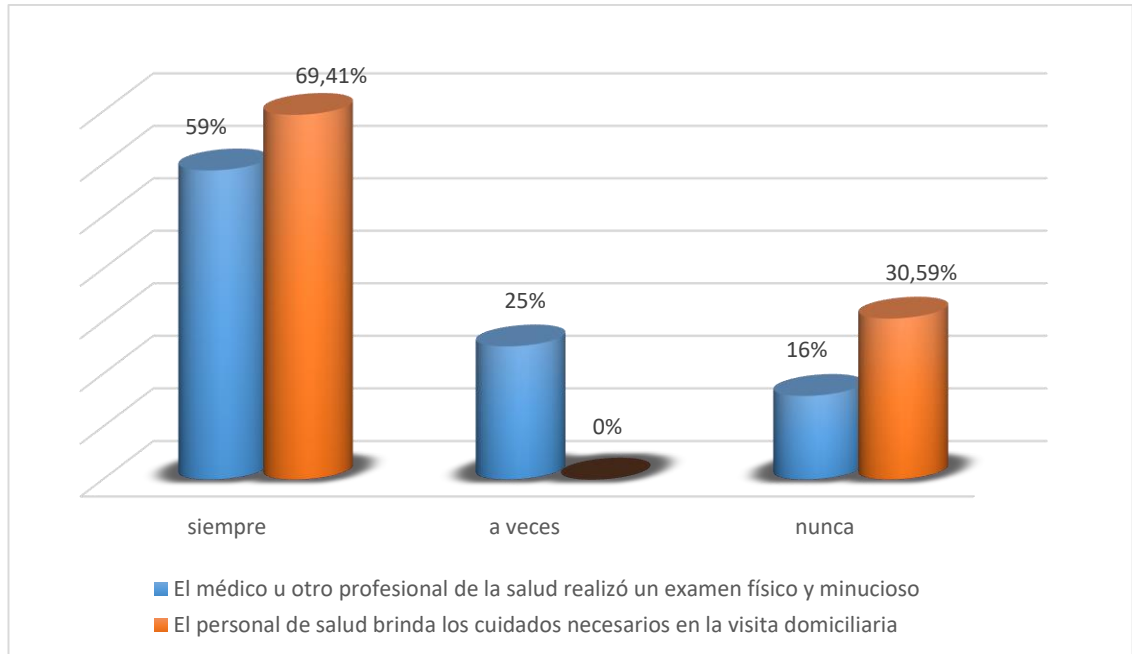


Gráfico 6. Fiabilidad (Capacidad de cumplir exitosamente con el servicio ofrecido)

La visita domiciliaria del primer nivel de atención, representa una oportunidad de implementar intervenciones para promover acciones preventivas, curativas y de promoción de la salud a los individuos en su contexto familiar, permite una mayor aproximación del personal de salud con la realidad y dinámica de las familias. (5)

Por ello la importancia de la fiabilidad de la visita domiciliaria que significa cumplir exitosamente con el servicio ofrecido ya sea realizado un examen físico minucioso y brindando todos los cuidados que requiera la familia y/o comunidad. En este caso, más de la mitad de la población percibe haber sido atendidos por el personal de salud cumpliendo con el examen físico minucioso y con los cuidados necesarios que deben ser ejecutados según la normativa de la visita domiciliaria.

Tabla 2.

CAPACIDAD DE RESPUESTA. (*Disposición de servir a los usuarios y proveer servicio rápido y oportuno*)

PREGUNTA	SI %	NO %
¿La atención se realizó según la hora acordada con el personal del centro de salud?	59.4	40.6
¿Cuándo usted presento alguna duda o inquietud acerca de un problema de salud el personal sanitario acogió sus dudas y fueron aclaradas?	73.5	26.5
¿Usted comprendió la explicación que le brindo el médico u otro profesional sobre su salud o resultado de la atención en el domicilio?	74.7	25.3
¿La atención domiciliaria duro más de 30 min?	39.4	60.6
¿El médico u otro profesional que le atendió, le brindó el tiempo suficiente para contestar sus dudas o preguntas?	63.5	36.5
¿Cuándo usted pidió una atención en su domicilio al centro de salud se resolvió inmediatamente?	70	30

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador indica que antes de acudir al domicilio, se debe concertar el día y la hora en que se va a realizar la visita con la familia, para hacer un mejor uso del tiempo, tanto de los profesionales como de la familia, y evitar situaciones inoportunas, de ser necesario, debe consultarse la historia clínica familiar. (52). En este caso más del 50% de usuario manifiesta que existe responsabilidad en el personal de salud cuando hace la convocatoria a la visita domiciliaria, porque llegan a la hora acordada y el día previsto, además, el personal de salud se encarga de que el usuario exprese sus dudas y estas son aclaradas sin tecnicismos para que el usuario tenga un mejor entendimiento.

Según el MAIS el rendimiento promedio de la visita domiciliaria será de 30 a 40 min, e 60% los usuarios del centro de salud de Imbaya mencionan que la visita domiciliaria

no duro más de 10 min, y cuando el paciente solicita atención en su domicilio no encuentran respuesta por parte del personal; esto refleja que el personal da respuesta a las actividades programadas y le resta importancia a las actividades solicitadas por el usuario, esto puede ser una de las causas por las que los profesionales no cumplan con todas las actividades planificadas, sobre todo en lo que respecta a la realización del examen físico minucioso, ejecución de cuidados necesarios según la planificación o aclarar todas las dudas que tengas los usuarios, da a entender que el servicio ofrecido no llega a ser exitoso ya que no satisface a la mayoría de usuarios.

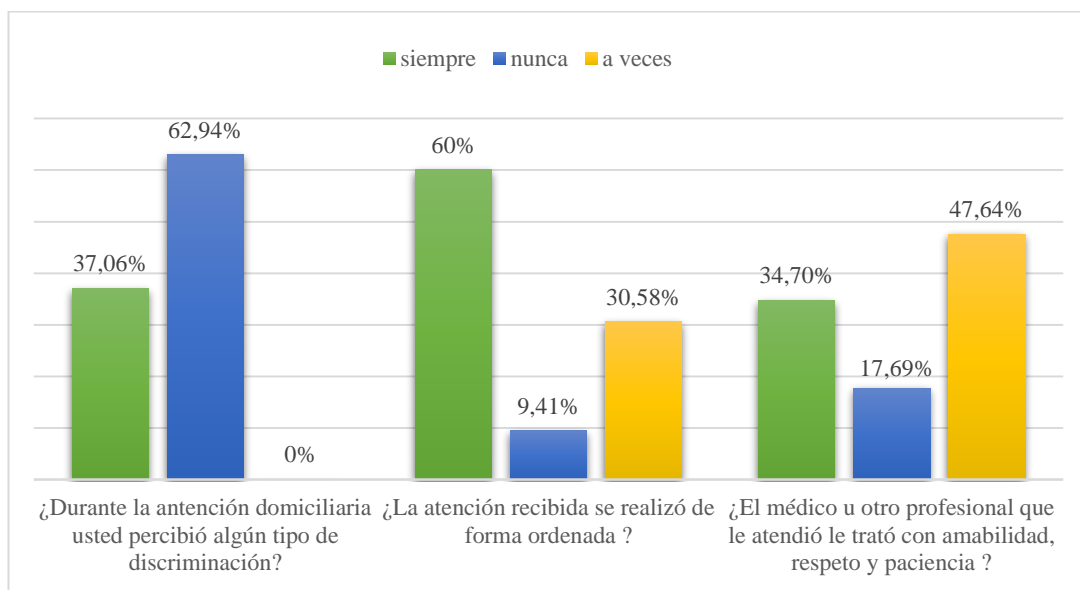


Gráfico 7. Seguridad (Seguridad: evalúa la confianza que genera la actitud del personal de salud)

La actitud de los profesionales de salud durante la visita domiciliaria no es satisfactoria porque más del 40% de los usuarios mencionan que a veces han sido atendidos con amabilidad, respeto y paciencia y que la visita domiciliaria se realizó de forma ordenada.

El artículo 329 de la Constitución muestra que los procesos de selección, contratación y promoción laboral se basarán en requisitos de habilidades, destrezas, formación, méritos y capacidades. Se prohíbe el uso de criterios e instrumentos discriminatorios que afecten la privacidad, la dignidad e integridad de las personas. (53)

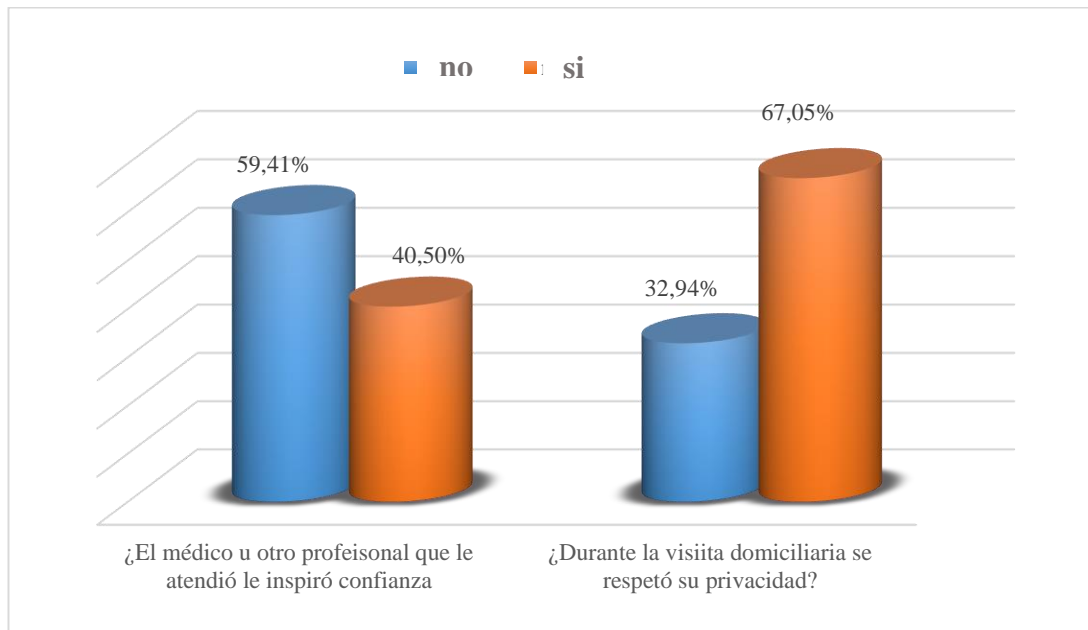


Gráfico 8. EMPATÍA (Capacidad que tiene una persona para ponerse en el lugar de otra)

Durante la atención domiciliar los profesionales no generan confianza con el usuario, ellos manifiestan no ser tratados con amabilidad, respeto y paciencia, pero que durante la visita domiciliar si es respetada su privacidad.

Recordemos que la enfermera mantendrá confidencial toda información personal y utilizará la discreción al compartirla. La enfermera compartirá con la sociedad la responsabilidad de iniciar y mantener toda acción encaminada a satisfacer las necesidades de salud y sociales del público, en particular las de las poblaciones vulnerables. (54)

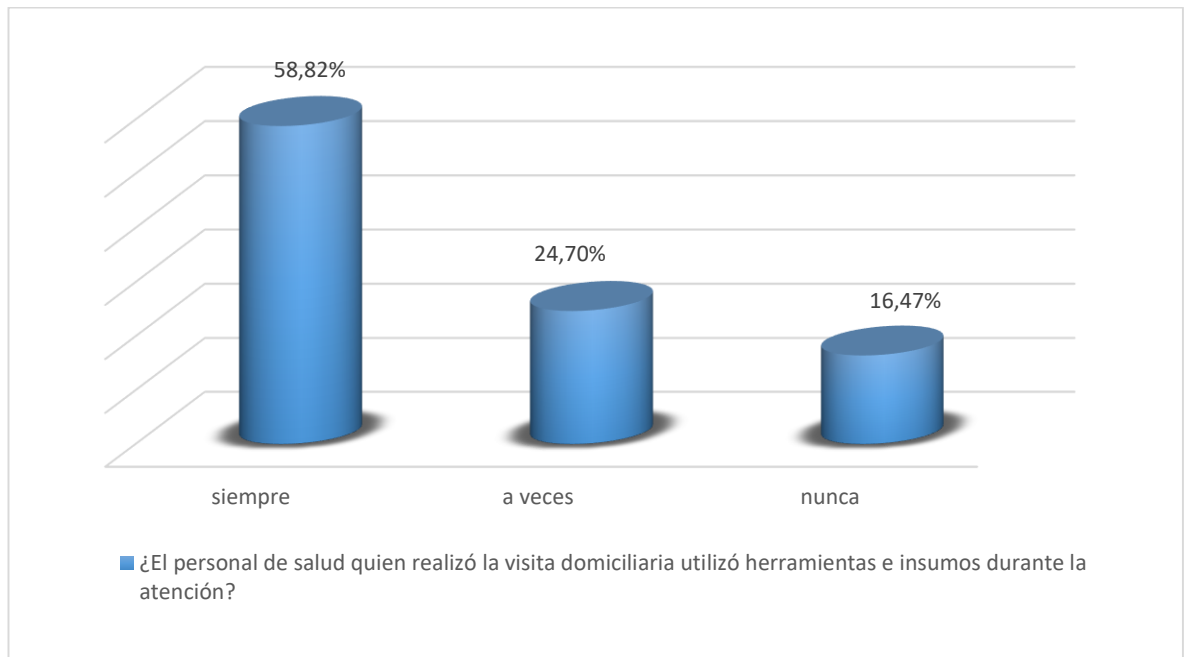


Gráfico 9. Aspectos Tangibles: son los aspectos físicos que el usuario percibe de la institución

Con respecto a los aspectos tangibles, casi el 60% de los usuarios manifiestan que durante la visita domiciliaria el equipo de salud si utiliza herramientas e insumos durante la atención, al menos lo que el usuario cree que se debe utilizar para que el medico les atienda. El estudio realizado en la Universidad Católica de Esmeraldas por Menéndez Gabriela indica que el trato que reciben los pacientes en cada una de las visitas domiciliarias ha sido bueno, lo cual denota gran aceptación por parte de los usuarios, también que los medicamentos, herramientas y conocimientos de los tratantes son efectivos e importantes para el mejoramiento de los involucrados (50).

No se debe olvidar que parte de otorgar una atención de calidad es la utilización adecuada de los insumos, materiales y medicamentos que sean necesarios.

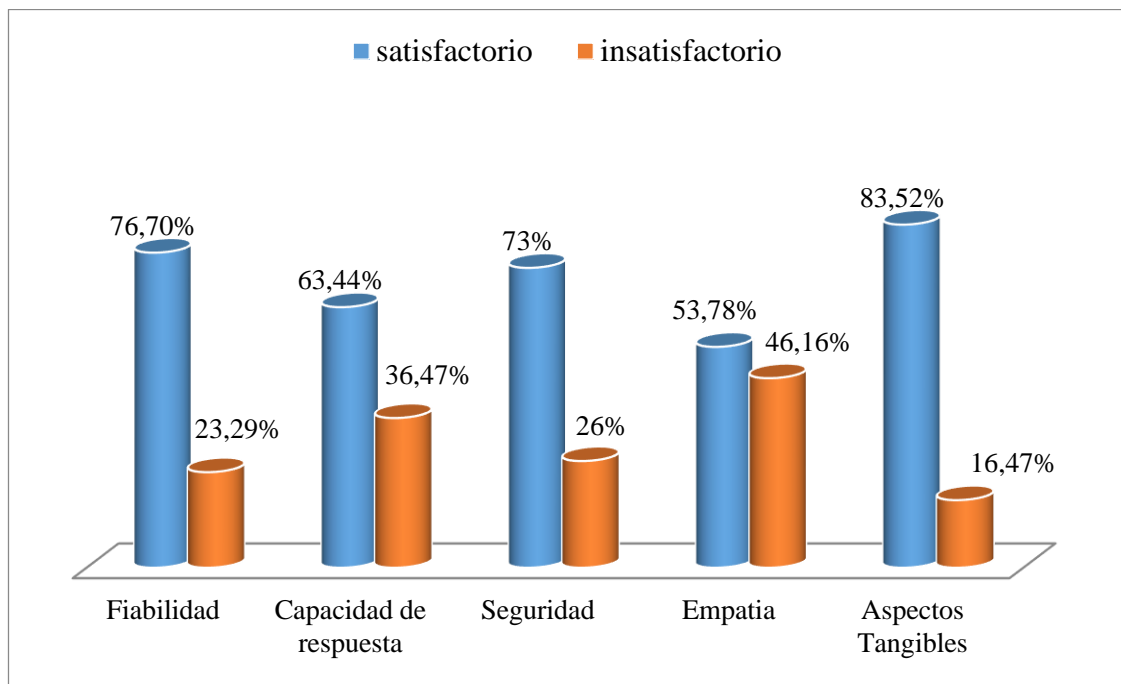


Gráfico 10. Nivel de satisfacción

El porcentaje de satisfacción de los usuarios que reciben la visita domiciliaria en el centro de salud de Imbaya es de 70%, lo que refleja que es aceptable el servicio otorgado, se observa un 36.4% de insatisfacción con la capacidad de respuesta del equipo EAIS, esto se refiere a la disposición de servir a los usuarios y proveer atención rápido y oportuno. Mediante la entrevista los usuarios refieren que no son informados el día y la hora que van a ser visitados manifiestan que “solo vienen sin avisar” y que las visitas domiciliarias duran alrededor de 10min “a veces solo vienen toman fotos y se van”. El 46.1% se encuentran insatisfechos por la falta de empatía del personal de salud hacia los usuarios se deduce que los usuarios no son atendidos con amabilidad, respeto y paciencia, ellos manifiestan que “la señora auxiliar es muy grosera” esto da a entender que es un criterio generalizado ya que la falencia es notoria solo en algunos miembros específicos del equipo de salud.

En los estudios realizados por Méndez Barrezueta Gabriela cita en el 2017 de acuerdo a lo observado, las personas dieron a conocer que consideran que el servicio adquirido en las visitas domiciliarias es bueno pues la mitad de población demostró aceptación y satisfacción con las mismas, sin embargo es necesario que se realicen cambios

significativos en la organización de las visitas domiciliarias para así, erradicar aquellas variables que contribuyen a que la otra mitad considere que es un servicio regular necesitando mejoras oportunas y continuas. (1). Es importante que la labor de salud lleve una adecuada estrategia extramural como es la visita domiciliaria la misma que debe ser valorada en función de un seguimiento en la ejecución y valoración de acuerdo al Plan de Atención de Enfermería, lo que posiblemente ayude a mejorar la calidad de atención que es necesaria conocer, a través de los mismos pacientes.

CAPÍTULO V

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1. Conclusiones

- A través de la aplicación de la encuesta de estratificación del nivel socioeconómico INEC se observó que más del 60% de la población se centraliza en un grupo socioeconómico medio típico C+, inclinándose a grupos poblacionales con características socioeconómicas con un nivel más bajo. Lo que refleja que gran parte de la población posee instrucción secundaria y el acceso a medios de comunicación como la televisión, radio e internet lo que permite a los usuarios generar su criterio con respecto a si la visita domiciliaria es efectiva o ser parte de un proceso comparativo entre lo correcto e incorrecto.
- Relacionado con el cumplimiento de la normativa, el personal sanitario refiere que en un 60% si realiza las actividades acordes al MAIS, pero mediante la observación de la ejecución de la visita domiciliaria se evidencio que no se cumple con los parámetros establecidos para realizar una visita domiciliaria efectiva. Tomando en cuenta el modelo de Donabedian para evaluar la calidad de la atención en este caso, la atención que presta el equipo en el centro de salud de Imbaya es básica ya que el personal tiende a dedicar más tiempo a la estructura que se refiere al “que hacer y cómo” poniendo énfasis a los insumos y la acción; para llegar a la alta calidad, el personal debe dedicar más tiempo a cumplir con los resultados esperados con la aplicación de la visita y además analizar los hallazgos encontrados, tener claridad en el cumplimiento o no de los resultados; esto puede estar relacionado con la falta de preparación o capacitación del personal ya que la mayoría son profesionales rurales o por falta de tiempo para realizar todas las actividades programadas.

- Existe un nivel de satisfacción del 70% en los pobladores de Imbaya frente a la atención recibida durante la visita domiciliaria, lo cual indica que gran parte de los usuarios que reciben este servicio se encuentran satisfechos, considerando que la falencia que posee el equipo EAIS es la falta de empatía de algunos miembros específicos del equipo de salud ya que no posee la capacidad de ponerse en el lugar del usuario y tratarlo con amabilidad, respeto y paciencia.

5.2. Recomendaciones

- A la unidad de salud de Imbaya se recomienda mantenerse en constante capacitación sobre la visita domiciliaria y ejecutar cada una de las etapas ya que de esto dependerá la efectividad de la visita, también se recomienda un cambio de actitud hacia los usuarios que deben ser tratados con amabilidad, respeto y paciencia ya que la esencia de las profesiones en salud es la empatía y de esto dependerá generar confianza para que el usuario se sienta seguro de manifestar sus necesidades.
- Al equipo EAIS del centro de salud de Imbaya se recomienda tomar en cuenta todos los aspectos relacionados con la estructura y el proceso, pero también los resultados ya que esto refleja si se cumplió con los objetivos del cuidado, mirar como un proceso integral la ejecución de la visita domiciliaria.
- A los profesionales y futuros profesionales de salud, se recomienda mantenerse en constante capacitación ya que una visita domiciliaria tiene que englobar todos los factores de riesgo y el profesional deberá brindar su apoyo y cuidados necesarios, teniendo en cuenta que la atención primaria es fundamental para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Bibliografía

1. Giraldo BP. El cuidado de la enfermería en familia: un reto para el siglo XXI. Aquichan. 2017 Mayo; II(1).
2. Lisset MBG. Repositorio PUCESE. [Online].; 2017 [cited 2018 Octubre 31. Available from: <https://repositorio.pucese.edu.ec/bitstream/123456789/1333/1/MEN%C3%89NDZ%20BARREZUETA%20GABRIELA%20LISSET.pdf>.
3. Ministerio de salud de Chile. Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario como pilar de la Reforma del Sector Salud. primera ed. Aguayo E, editor. Chile: Panamericana; 2018.
4. Ministerio de salud de Ecuador. Modelo de atención integral de salud con enfoque familiar y comunitario. primera ed. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador; 2012.
5. Solís KyGG. Programa de visita domiciliaria del sistema de salud costarricense: lineamientos para su. Enfermería Actual en Costa Rica. 2015 Julio; 8(29).
6. Rocio VV. Mejor Calidad de Vida con Visita Domiciliaria de Enfermería: Revisión Sistemática. Universidad Norbert Wiener. 2015 Julio; I(1).
7. Osorio LMP. La atención domiciliaria en los sistemas de Ssalud de México, Argentina, Brasil y Colombia. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales “UDCA”. 2017 Agosto; II(1).
8. Guevara Francesa G. Visita domiciliaria: un espacio para la adquisición y modificación de prácticas en salud. Universidad de Costa Rica. 2018 Enero; 8(34).
9. Dios Guerra C. Estudio del efecto de la visita domiciliaria programada y protocolizada de le enfermera de atención primaria en la morbilidad en pacientes de 65 o más años pluripatológicos Rodríguez Borrego MA, editor. España: Universidad de Córdoba, Servicio de Publicaciones; 2015.
10. Osuna AF. La práctica enfermera en atención domiciliaria: perfil sociodemográfico y práctica profesional. Elseiver. 2015 Mayo; 8(29).

11. A FO. La práctica enfermera en atención domiciliaria: perfil sociodemográfico y práctica profesional. Elsevier. 2015 Mayo; 29(8).
12. Angelica C. Caracterización de la visita domiciliaria como técnica de intervención de trabajo social en instituciones de salud, empresas y comisarías de familia de Bogotá. primera ed. URIBE DML, editor. Bogota: Panamericana; 2016.
13. Ministerio de salud Pública del Ecuador. Análisis Situacional Integral de Salud 2018. Ibarra: Centro de Salud Imbaya, Informe ; 2018.
14. Hoyos GPA. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. Scielo. 2016 Septiembre; 8(4).
15. Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de la salud. [Online].; 2019 [cited 2019 Enero 12. Available from: https://www.who.int/topics/primary_health_care/es/.
16. Organización mundial de la salud. Visita domiciliaria. [Online].; 2018 [cited 2019 Enero 22. Available from: https://www.who.int/topics/primary_health_care/es/.
17. González CL. Visita Domiciliaria. In Sesión de Telemedicina; 2018; Badajoz. p. 1-38.
18. Galdame M. La visita domiciliaria como una herramienta para la detección de la violencia del adulto mayor. Scielo. 2017; I(2).
19. Victor S. Visita Domiciliaria en el Programa de Salud Familiar. primera ed. Andes UdL, editor. Mérida: Consejo de Publicaciones; 2013.
20. Reyes Gómez E. Fundamentos de enfermería: Ciencia, metodología y tecnología. segunda ed. México: Panamericana; 2015.
21. Area Tres. Protocolo de Visita Domiciliaria Postparto. primera ed. Atención Gd, editor. Zaragoza: Insalud; 2015.
22. Wilson V. Atención primaria de salud en acción. primera ed. Costa Rica: Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social ; 2016.
23. Manuel G. Programa de capacitación dirigido a asistentes técnicos de atención primaria Costa Rica: Universidad de Costa Rica; 2013.

24. Caja Costarricense del Seguro Social. Manual Normativo de Visita Domiciliar de Atención Primaria Primer. Segunda ed. San José: Panamericana; 2013.
25. M.A. AV,GC,ML,MAySGA. Enfermería Comunitaria. Actuación en Enfermería Comunitaria, Sistemas y Programas de Salud. tercera ed. España: McGrawHill/Interamerica; 2014.
26. Organización Mundial de la Salud. Proceso de Gestión para el Desarrollo de la Salud. [Online]. Ginebra; 2015 [cited 2019 febrero 23. Available from: <https://www.who.int/es>.
27. Galindo MJRMTVMT. Visita domiciliaria. Necesidad o conveniencia. Enfermería 99. 2013 Junio; II(8).
28. Caballero E. Proceso de atención de enfermneria e informatica para la gestión del cuidado. primera ed. Hullin C, editor.: Mediterraneo; 2014.
29. Torres O. CN,EM,MP. Satisfacción del usuario en la atención ambulatoria del Hospital de Apoyo N° 1. Revista Universitaria No 136. 2016 Diciembre; I(1).
30. Ramírez Sánchez T NAPyNLG. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México Perspectiva de los usuarios. Salud Publica de México. 2014; III(12).
31. cols RPCy. Análisis de la satisfacción del usuario y de la productividad de un modelo de atención primaria con la participación de médicos y técnicos. Salud Pública de México. 2014 Octubre; 36(5).
32. PhD DFPPyBPH. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. In PhD DFPPyBPH. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. México: Mc Graw Hill Interamericana; 2017. p. 8-285.
33. Hannu Vuori M. Garantía de calidad en Europa Salud Pública de México. Scielo. 2013 Junio; 35(3).
34. Zurro M. Atención Primaria de la Salud. Elsevier. 2018; II(16).
35. Cubillos X. Visita domiciliaria integral para actuar en salud familiar. [Online].; 2015 [cited 2019 Marzo 22. Available from: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Congresos/949>.


36. Gromanchez. La atención domiciliaria. [Online].; 2014 [cited 2019 Marzo 26. Available from: <https://gromanchez.wordpress.com/visita-domiciliaria/>.
37. Junta de Castilla y León. Visitas domiciliarias de enfermería en Atención Primaria (Enfermería). [Online].; 2016 [cited 2019 abril 09. Available from: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/centinelas/programa-general-registro-2013/visitas-domiciliarias-enfermeria-atencion-primaria-enfermer>.
38. Ballesteros Pérez E DSPTEPPFM. Aproximación a un servicio de atención domiciliaria (SAD) municipal. Gerokomos. 2016; 17(4).
39. Díaz-Cordovés Rego M OFMRSBJBAMTMFZMR. Medicina de Familia. Scielo. 2015; 6(3).
40. Donabedian A. Prioridades para el progreso de la evaluación y monitoreo de la calidad de la Atención. Salud Pública de México. 2013 Enero; 35(1).
41. Asamblea Constituyente. Constitución de la República del Ecuador. Segunda ed. Montecristi; 2008.
42. Asamblea Constituyente del Ecuador. Constitución política del Ecuador. [Online].; 2008 [cited 2019 Abril 28. Available from: https://www.oas.org/juridico/mla/sp/ecu/sp_ecu-int-text-const.pdf.
43. Secretaria técnica Plan Toda una Vida. Plan Toda una Vida. [Online].; 2018 [cited 2019 Marzo 12. Available from: <https://www.todaunavida.gob.ec/programas-y-misiones/>.
44. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo - Senplades. Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021. Toda una Vida. primera ed. Quito; 2017.
45. Cano MdCA. Principios básicos de la bioética. Scielo. 2016 Diciembre; 12(1).
46. Manzini JL. Declaración de HELSINKI: Principios Éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. Scielo. 2017 Diciembre; 6(2).
47. INEC. Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. [Online].; 2019 [cited 2019 junio 12. Available from: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/estadisticas/>.
48. Ministerio de Salud Perú. MINSA. [Online].; 2011 [cited 2011 07 11. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2252.pdf>.

49. Díaz MCAS. Metodología para el pase de visita de Enfermería en la atención primaria de salud. Revista Médica Electrónica. 2018 Apr; 40(4).
50. Gabriela M. EFECTIVIDAD DE LAS VISITAS DOMICILIARIAS COMO HERRAMIENTA EN LAS ACTIVIDADES COMUNITARIAS DEL CENTRO DE SALUD “LA PROPICIA N°1” DE LA CIUDAD DE ESMERALDAS.2016. Tesis de grado. Esmeraldas : Universidad Católica de Esmeraldas , Facultad de Enfermería ; 2016. Report No.: ISSN.
51. Chileno G. Guía Orientaciones Técnicas para Cuidados Domiciliarios. 2017. Chile.
52. Chiliquinga DD. Manual de Atención Integral de Salud. primera ed. Quito : Ministerio de Salud Pública ; 2012.
53. Ecuador ANd. Consitutción de la República del Ecuador. Primera ed. Ecuador ANd, editor. Quito : Semplades; 2008.
54. Enfermeras CId. Código Deontológico del CIE para la profesión de enfermera. Tercera ed. Enfermeras CId, editor. Ginebra : Consejo Internacional de Enfermeras ; 2006.
55. Zuliani-Arango LA,VPME,GCLA&. Visita domiciliaria familiar: estrategia didáctica para la formación integral del personal médico. Scielo. 2012 Agosto; 12(2).
56. Pino Md. Percepción y expectativas del usuario que recibe atención de salud en domicilio. Risaralda. 2018 Agosto; 2(24).
57. Asociación médica mundial. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [Online].; 2013 [cited 2019 mayo 12. Available from: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-investigacion/fd-evaluacion/fd-evaluacion-etica-investigacion/Declaracion-Helsinki-2013-Esp.pdf>.
58. Asociación Médica Mundial. DECLARACIÓN DE HELSINKI DE LA AMM – PRINCIPIOS ÉTICOS PARA LAS INVESTIGACIONES MÉDICAS EN SERES HUMANOS. In 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964; 2017; Helsinki. p. 5.

59. INEC. INEC. [Online].; 2010. Available from:
<https://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manualateral/Resultados-provinciales/imbabura.pdf>.

ANEXOS

Anexo 1. Oficio de permiso para aplicar las encuestas



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
IBARRA - ECUADOR
UNIVERSIDAD ACREDITADA RESOLUCIÓN Nro. 001 - 073 - CEAACES - 2013 - 13

CARRERA DE ENFERMERÍA

Ibarra, 17 de octubre del 2019

Dr. Ricardo Carrera Vaca
LIDER DEL CENTRO DE SALUD IMBAYA

Reciba un cordial saludo:

Por medio de la presente me dirijo a usted para solicitarle muy comedidamente autorice el ingreso al CENTRO DE SALUD DE IMBAYA a la señorita: REVELO ORELLANA LIZETH ESTEFANIA, con C.I.: 1004427157, para poder realizar la aplicación del estudio de investigación, con el compromiso de mantener la confidencialidad para la investigación del tema de tesis de grado titulada: "LA VISITA DOMICILIARIA, UNA ESTRATEGIA PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN -PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS DE IMBAYA 2019" como requisito previo para la obtención del título de Lic. en Enfermería y en virtud de que dicho estudio aportará a la institución.

Esperando contar con una respuesta favorable, le reitero mi más sincero agradecimiento.

Atentamente,
"CIENCIA Y TECNICA AL SERVICIO DEL PUEBLO"

Msc. Rocío Castillo
DECANA FCCSS

Recibido - 13/10/19
Dr. Ricardo Carrera Vaca
MÉDICO GENERAL
C.I. 1003696133
UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR

Misión Institucional
Contribuir al desarrollo educativo, científico, tecnológico, socioeconómico y cultural de la región

Ciudadela Universitaria barr
Teléfono: (06) 2 953-461 Cast
(06) 2 609-420 2 640-811 Fax:
E-mail: utn@utn.edu.ec

Anexo 2. Escuetas aplicadas



Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico

Conozca el nivel socioeconómico de su hogar

Marque una sola respuesta con una (x) en cada una de la siguientes preguntas:

Características de la vivienda		puntajes finales
1 ¿Cuál es el tipo de vivienda?		
Suite de lujo	<input type="checkbox"/>	59
Cuarto(s) en casa de inquilinato	<input type="checkbox"/>	59
Departamento en casa o edificio	<input type="checkbox"/>	59
Casa/Villa	<input type="checkbox"/>	59
Mediagua	<input type="checkbox"/>	40
Rancho	<input type="checkbox"/>	4
Choza/ Covacha/Otro	<input type="checkbox"/>	0
2 El material predominante de las paredes exteriores de la vivienda es de:		
Hormigón	<input type="checkbox"/>	59
Ladrillo o bloque	<input type="checkbox"/>	55
Adobe/ Tapia	<input type="checkbox"/>	47
Caña revestida o bahareque/ Madera	<input type="checkbox"/>	17
Caña no revestida/ Otros materiales	<input type="checkbox"/>	0
3 El material predominante del piso de la vivienda es de:		
Duela, parquet, tablón o piso flotante	<input type="checkbox"/>	48
Cerámica, baldosa, vinil o marmetón	<input type="checkbox"/>	46
Ladrillo o cemento	<input type="checkbox"/>	34
Tabla sin tratar	<input type="checkbox"/>	32
Tierra/ Caña/ Otros materiales	<input type="checkbox"/>	0
4 ¿Cuántos cuartos de baño con ducha de uso exclusivo tiene este hogar?		
No tiene cuarto de baño exclusivo con ducha en el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 cuarto de baño exclusivo con ducha	<input type="checkbox"/>	12
Tiene 2 cuartos de baño exclusivos con ducha	<input type="checkbox"/>	24
Tiene 3 o más cuartos de baño exclusivos con ducha	<input type="checkbox"/>	32
5 El tipo de servicio higiénico con que cuenta este hogar es:		
No tiene	<input type="checkbox"/>	0
Letrina	<input type="checkbox"/>	15
Con descarga directa al mar, río, lago o quebrada	<input type="checkbox"/>	18
Conectado a pozo ciego	<input type="checkbox"/>	18
Conectado a pozo séptico	<input type="checkbox"/>	22
Conectado a red pública de alcantarillado	<input type="checkbox"/>	38

Acceso a tecnología		puntajes finales
1 ¿Tiene este hogar servicio de internet?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	45
2 ¿Tiene computadora de escritorio?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	35

3 ¿Tiene computadora portátil?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	39
4 ¿Cuántos celulares activados tienen en este hogar?		
No tiene celular nadie en el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 celular	<input type="checkbox"/>	8
Tiene 2 celulares	<input type="checkbox"/>	22
Tiene 3 celulares	<input type="checkbox"/>	32
Tiene 4 ó más celulares	<input type="checkbox"/>	42

Posesión de bienes		puntajes finales
1 ¿Tiene este hogar servicio de teléfono convencional?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	19
2 ¿Tiene cocina con horno?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	29
3 ¿Tiene refrigeradora?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	30
4 ¿Tiene lavadora?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	18
5 ¿Tiene equipo de sonido?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	18
6 ¿Cuántos TV a color tienen en este hogar?		
No tiene TV a color en el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 TV a color	<input type="checkbox"/>	9
Tiene 2 TV a color	<input type="checkbox"/>	23
Tiene 3 ó más TV a color	<input type="checkbox"/>	34
7 ¿Cuántos vehículos de uso exclusivo tiene este hogar?		
No tiene vehículo exclusivo para el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 vehículo exclusivo	<input type="checkbox"/>	6
Tiene 2 vehículo exclusivo	<input type="checkbox"/>	11
Tiene 3 ó más vehículos exclusivos	<input type="checkbox"/>	15

Hábitos de consumo		puntajes finales
1 ¿Alguien en el hogar compra vestimenta en centros comerciales?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	6
2 ¿En el hogar alguien ha usado internet en los últimos 6 meses?		
No	<input type="checkbox"/>	0

Sí	<input type="checkbox"/>	26
3 ¿En el hogar alguien utiliza correo electrónico que no es del trabajo?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	27
4 ¿En el hogar alguien está registrado en una red social?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	28
5 Exceptuando los libros de texto o manuales de estudio y lecturas de trabajo ¿Alguien del hogar ha leído algún libro completo en los últimos 3 meses?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	12

Nivel de educación		puntajes finales
1 ¿Cuál es el nivel de instrucción del Jefe del hogar?		
Sin estudios	<input type="checkbox"/>	0
Primaria incompleta	<input type="checkbox"/>	21
Primaria completa	<input type="checkbox"/>	39
Secundaria incompleta	<input type="checkbox"/>	41
Secundaria completa	<input type="checkbox"/>	65
Hasta 3 años de educación superior	<input type="checkbox"/>	91
4 ó más años de educación superior (sin post grado)	<input type="checkbox"/>	127
Post grado	<input type="checkbox"/>	171

Actividad económica del hogar		puntajes finales
1 ¿Alguien en el hogar está afiliado o cubierto por el seguro del IESS (general, voluntario o campesino) y/o seguro del ISSFA o ISSPOL?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	39
2 ¿Alguien en el hogar tiene seguro de salud privada con hospitalización, seguro de salud privada sin hospitalización, seguro internacional, seguros municipales y de Consejos Provinciales y/o seguro de vida?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	55
3 ¿Cuál es la ocupación del Jefe del hogar?		
Personal directivo de la Administración Pública y de empresas	<input type="checkbox"/>	76
Profesionales científicos e intelectuales	<input type="checkbox"/>	69
Técnicos y profesionales de nivel medio	<input type="checkbox"/>	46
Empleados de oficina	<input type="checkbox"/>	31
Trabajador de los servicios y comerciantes	<input type="checkbox"/>	18
Trabajador calificados agropecuarios y pesqueros	<input type="checkbox"/>	17
Oficiales operarios y artesanos	<input type="checkbox"/>	17
Operadores de instalaciones y máquinas	<input type="checkbox"/>	17
Trabajadores no calificados	<input type="checkbox"/>	0
Fuerzas Armadas	<input type="checkbox"/>	54
Desocupados	<input type="checkbox"/>	14
Inactivos	<input type="checkbox"/>	17

Según la suma de puntaje final (Umbrales),
identifique a que grupo socioeconómico pertenece su hogar:

Grupos socioeconómicos	Umbrales
A (alto)	De 845,1 a 1000 puntos
B (medio alto)	De 696,1 a 845 puntos
C+ (medio típico)	De 535,1 a 696 puntos
C- (medio bajo)	De 316,1 a 535 puntos
D (bajo)	De 0 a 316 puntos

↓

suma de puntajes finales

Anexo 3. Guía de observación de las visitas domiciliarias



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

GUÍA DE OBSERVACIÓN DE LAS VISITAS DOMICILIARIAS EN EL CENTRO DE SALUD “IMBAYA”

La Universidad Técnica del Norte, carrera de Enfermería está realizando la investigación: “La visita domiciliaria, una estrategia para garantizar la continuidad de la atención – percepción de los usuarios de Imbaya 2019”; solicita a usted participar en la aplicación de esta guía, la cual tendrá un tratamiento confidencial, y solamente serán tomados los datos con fines académicos.

1. Describir el cumplimiento de la normativa para la utilización de la visita domiciliaria

Instrucciones: A continuación, le presentamos los siguientes enunciados, en los cuales deberá calificar o ponderar con una cruz (X) la respuesta que Ud. crea conveniente. Use las siguientes claves:

ANEXO	
SATISFACTORIA	NO SATISFACTORIA
1	2

NORMATIVA DE LA VISITA DOMICILIARIA	Respuestas	
	1	2
1. PREPARACIÓN DE LA VISITA		
El paciente conoce el plan de visita domiciliaria, fue informado de la hora y día de su ejecución		
2. PRESENTACIÓN EN EL DOMICILIO		
Se identifica el personal sanitario (médico, personal de enfermería, odontólogo, psicólogo, técnico en atención primaria en salud u otro) a los usuarios que reciben atención domiciliaria brindando confianza al momento de la presentación.		
3. VALORACIÓN		
Recogida de datos		
El profesional utiliza datos generales, objetivos, subjetivos, históricos y actuales en la recogida de datos.		
Organización de los datos		



Utiliza una metodología clínica para la organización de datos como: observación, entrevista, examen físico y otros		
Validación de los datos		
Los datos que recolecta del paciente van en función a las necesidades o problemas del paciente; verifica y confirma para seguridad		
Registro de datos		
Utiliza un registro para la valoración.		
4. PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS		
Establecimiento de prioridades		
Prioriza las actividades según el riesgo de vida, dificultades o problemas del paciente.		
Elaboración de Objetivos		
Se centra en la causa del problema del paciente.		
Elaboración de intervenciones o cuidados		
Las actividades son registran y especifica el que hacer y cuando.		
5. EJECUCIÓN DE LOS CUIDADOS		
Asistencia de las actividades		
Ejecuta la mayoría de actividades planificadas.		
6. EVALUACIÓN DE LA VISITA		
Objetivos alcanzados		
Compara el estado del paciente para identificar el cumplimiento de los objetivos del cuidado		
7. REGISTRO DE LA VISITA		
Una vez realizada la vista domiciliaria, procede al registro de la misma; como la sintomatología, cambios observados, cuidados, medicación prescrita, entre otros elementos de la ficha familiar		



ENCUESTA DIRIGIDA AL PERSONAL DE SALUD ENCARGADOS DE REALIZAR LAS VISITAS DOMICILIARIAS EN EL CENTRO DE SALUD “IMBAYA”

La Universidad Técnica del Norte, carrera de Enfermería está realizando la investigación: “La visita domiciliaria, una estrategia para garantizar la continuidad de la atención – percepción de los usuarios de Imbaya 2019”; solicita a usted participar en la aplicación de esta entrevista, sus respuestas tendrán un tratamiento confidencial, y solamente serán tomados los datos con fines académicos.

1. Describir el cumplimiento de la normativa para la utilización de la visita domiciliaria

Instrucciones: A continuación, le presentamos los siguientes enunciados, en los cuales deberá calificar o ponderar con una cruz (X) la respuesta que Ud. crea conveniente. Use las siguientes claves:

ANEXO			
NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1	2	3	4

NORMATIVA DE LA VISITA DOMICILIARIA	Respuestas			
	1	2	3	4
1. PREPARACIÓN DE LA VISITA				
Elabora un plan de visita domiciliaria (identifica el sitio, hora, día de ejecución)				
2. PRESENTACIÓN EN EL DOMICILIO				
Se identifica el personal sanitario (médico, personal de enfermería, odontólogo, psicólogo, técnico en atención primaria en salud u otro) a los usuarios que reciben atención domiciliaria brindando confianza al momento de la presentación.				
3. VALORACIÓN				
Recogida de datos				
Utiliza datos generales, objetivos, subjetivos, históricos y actuales en la recogida de datos.				
Organización de los datos				
Utiliza una metodología clínica para la organización de datos como: observación, entrevista, examen físico y otros				
Validación de los datos				
Los datos que recolecta del paciente van en función a las necesidades o problemas del paciente; ¿son verificados y confirmados para seguridad?				
Registro de datos				
Utiliza un registro para la valoración.				



4. PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS				
Establecimiento de prioridades				
Prioriza las actividades según el riesgo de vida, dificultades o problemas del paciente.				
Elaboración de Objetivos				
Se centra en la causa del problema del paciente.				
Elaboración de intervenciones o cuidados				
las actividades son registran y se especifica el que hacer y cuando.				
5. EJECUCIÓN DE LOS CUIDADOS				
Asistencia de las actividades				
Elabora un plan de cuidados para la atención domiciliaria (formato)				
6. EVALUACIÓN DE LA VISITA				
Objetivos alcanzados				
Compara el estado del paciente para identificar el cumplimiento de los objetivos del cuidado				
7. REGISTRO DE LA VISITA				
Una vez realizada la vista domiciliaria, procede al registro de la misma; como la sintomatología, cambios observados, cuidados, medicación prescrita, entre otros elementos de la ficha familiar				



ENCUESTA DE INVESTIGACIÓN

TEMA: “La visita domiciliaria, una estrategia para garantizar la continuidad de la atención –percepción de los usuarios de Imbaya 2019”

Queremos conocer lo que piensan los usuarios de la atención que reciben por parte del personal sanitario del centro de salud de Imbaya durante la visita domiciliaria. Por ello, hemos desarrollado el presente cuestionario y estaríamos muy agradecidos si nos ayuda respondiendo la encuesta. Realizarlo le llevará alrededor de 15 minutos de su valioso tiempo. Sus respuestas tendrán un tratamiento confidencial, por ello, rogamos no escriba su nombre en ningún lugar del cuestionario. Esperamos que le resulte interesante y fácil de ejecutarlo. Muchas gracias por su colaboración

Instrucciones: A continuación, le presentamos los siguientes enunciados, en los cuales deberá calificar o ponderar con una cruz (X) la respuesta que Ud. crea conveniente.

1. Datos sociodemográficos

1.1. **Sexo:** Mujer Hombre

1.2. **Edad:** ----- años

1.3. **Estado Civil:**

- Soltero
- Casado
- Viudo
- Divorciado
- Unión libre

1.4. **Nivel de instrucción**

- Ninguna Superior
- Primaria
- Secundaria



1.5. Etnia

- Indígena
 Mestizo
 Blanco
 Afroamericano

1.6. Ha recibido visita domiciliaria por parte del personal de salud

- Nunca
 Una vez
 Varias veces

2. Califique las percepciones que se refieren a como usted ha recibido, la atención en la visita domiciliaria por parte del personal sanitario del centro de salud Imbaya. Utilice la escala numérica del 1 al 4 teniendo en cuenta:

1	Nunca
2	A veces
3	Casi siempre
4	Siempre

Nro.	Pregunta	1	2	3	4
1	¿Usted fue atendido sin diferencia alguna o percibió algún tipo de discriminación durante la atención domiciliaria?				
2	¿La atención recibida se realizó de forma ordenada y con cortesía?				
3	¿La atención se realizó según la hora acordada con el personal del centro de salud?				
4	¿Cuándo usted presento alguna duda o inquietud acerca de un problema de salud el personal sanitario acogió sus dudas y fueron aclaradas?				
5	¿El personal de salud quien realizo la visita domiciliaría utilizo herramientas e insumos durante la atención?				
6	¿La atención domiciliaria fue rápida y no duro más de 10 minutos?				
7	¿Cuándo usted pidió una atención en su domicilio al				



	centro de salud se resolvió inmediatamente?				
8	¿Durante la visita domiciliaria se respetó su privacidad?				
9	¿El médico u otro profesional que le atendió realizó un examen físico y minucioso?				
10	¿El médico u otro profesional que le atendió, le brindó el tiempo suficiente para contestar sus dudas o preguntas?				
11	¿El médico u otro profesional que le atendió le inspiró confianza?				
12	¿El médico u otro profesional que le atendió le trató con amabilidad, respeto y paciencia?				
13	¿Usted comprendió la explicación que le brindó el médico u otro profesional sobre su salud o resultado de la atención en el domicilio?				
14	¿El personal de salud brinda los cuidados necesarios en la visita domiciliaria?				

Anexo 4. Protocolo para la ejecución de la visita domiciliaria



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**PROCOLO PARA LA EJECUCION DE LA
VISITA DOMICILIARIA.**

AUTOR(A): Revelo Orellana Lizeth Estefanía

DIRECTOR(A): Mph. Revelo Villareal Sonia Dayanara

IBARRA - ECUADOR

2020

Anexo 5. Aplicación de la encuesta de satisfacción



Anexo 6. Aplicación del check list y entrevista



Anexo 7. Aplicación de la encuesta del INEC



Document Information

Analyzed document	TESIS FINAL.docx (D74622117)
Submitted	6/10/2020 11:38:00 PM
Submitted by	
Submitter email	lizrevelo6@gmail.com
Similarity	9%
Analysis address	sdrevelo.utn@analysis.urkund.com

Sources included in the report

SA	URL: Hernández Kimberly.docx Fetched: 2/21/2020 6:03:00 PM		10
W	URL: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692015000300535&script=sci_arttext&tl ... Fetched: 6/10/2020 11:39:00 PM		2
W	URL: https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/centinelas/programa-general-reg ... Fetched: 6/10/2020 11:39:00 PM		5
SA	URL: ENFERMERÍA COMUNITARIA version final.docx Fetched: 3/17/2019 1:15:00 AM		7
SA	URL: TESIS ARIEL MONTENEGRO.docx Fetched: 7/17/2019 7:43:00 PM		12
W	URL: https://www.munayi.uilearn.edu.ec/wp-content/uploads/2019/05/atencion-primaria-de-sa ... Fetched: 5/8/2020 3:59:02 AM		2
W	URL: https://rosario-enfermeria.blogspot.com/2010/12/visita-domiciliaria.html Fetched: 1/24/2020 4:50:02 AM		11
W	URL: https://helvia.uco.es/handle/10396/12503 Fetched: 6/10/2020 11:39:00 PM		3
W	URL: https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Congresos/949. Fetched: 6/10/2020 11:39:00 PM		5
W	URL: http://www1.paho.org/nutricionydesarrollo/wp-content/uploads/2013/09/Miguel-Malo-E ... Fetched: 6/10/2020 11:39:00 PM		1
SA	URL: Tesis Andrea Martínez- final.docx Fetched: 8/3/2018 9:06:00 AM		5
W	URL: https://docplayer.es/62112120-Universidad-tecnica-particular-de-loja-escuela-de-me ... Fetched: 5/30/2020 6:27:15 AM		2

LIB: TESIS HOMERO SANCHEZ VASQUEZ - FINAL.docx