



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA  
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD**



**ESCUELA DE SALUD PÚBLICA.**

**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA-EL SALVADOR.**

**TESIS**

**SATISFACCIÓN DE USUARIOS DEL PROGRAMA VISITA DOMICILIAR  
“EL ISSS EN SU CASA” DEL HOSPITAL REGIONAL ISSS SAN MIGUEL,  
JULIO 2010 – 2011.**

**AUTOR:**

**SALVADOR DE JESÚS GÓMEZ SERPAS**

**ASESOR:**

**DR. JOSÉ ELISEO ORELLANA**

**SAN MIGUEL, MARZO 2012**

## INDICE

Agradecimiento.....	iii
Resumen.....	iv
I. Introducción.....	6
II. Antecedentes.....	8
III. Justificación.....	10
IV. Planteamiento del Problema.....	12
V. Objetivos.....	13
VI. Marco Teórico.....	14
VII. Diseño Metodológico.....	21
VIII. Resultados.....	29
IX. Discusión.....	32
X. Conclusiones.....	33
XI. Recomendaciones.....	34
XII. Referencias.....	36
XIII. Bibliografía.....	39
XIV. Anexos.....	44

## **AGRADECIMIENTOS**

- A DIOS por haberme dado sabiduría para emprender y terminar este reto.
- A mi familia por su apoyo y comprensión durante este proceso de aprendizaje.
- A mis maestros por darme sin condiciones sus conocimientos.
- A mis compañeros por sus experiencias y conocimientos compartidos en el aula.
- A mis amigos por animarme a continuar adelante.

## RESUMEN

El objetivo principal de este estudio fue describir la satisfacción de usuarios y usuarias del programa de la visita domiciliar el ISSS en su casa. Con la implementación, desarrollo y resultados del Programa de Visita Domiciliar en la zona oriental del país. Para llevarlo a cabo se tomó una muestra representativa de la población atendida, y a la vez verificar si se ha seguido con la normativa de la Visita Domiciliar el ISSS en su casa. Un instrumento fue aplicado a 81 usuarios (pacientes) del programa de visita domiciliar el ISSS en su casa.

Con este estudio se pretendió evaluar la satisfacción de los usuarios del programa, explicándole las bondades de este y sus beneficios, para obtener la aceptación de la población blanco. Es importante hacer notar y resaltar que el desarrollo de acciones de normalización tiene como finalidad, regular en gran medida la accesibilidad, oportunidad, equidad, la eficacia y eficiencia de la red prestacional del ISSS, dando cumplimiento, al marco legal y técnico expresado en LA LEY Y REGLAMENTO DEL SEGURO SOCIAL en sus artículos 15,17, 20 y 21, que hace referencia al servicio a domicilio, requisitos y obligaciones que cumplir por el asegurado.

Los resultados de esta investigación muestran que de la población estudiada, el 82.7% son de religión católica, con el 58% de personas de la tercera edad, concluyendo que son el grupo de personas con mas necesidad de atención domiciliar en su mayoría del sexo femenino, esto significa que el Programa de la Visita Domiciliar está siendo útil para todos los estratos de la población salvadoreña sin discriminación alguna.

La mayoría de usuarios se enteraron de este programa a través de su médico tratante en un 77.8%; el 69.1% de los usuarios respondió que la información recibida al inicio sobre este programa fue incompleta de parte del médico tratante, el trabajador social, la enfermera y otros. El 95.1% de los usuarios no firmaron un documento de consentimiento informado para recibir las visitas y el tratamiento respectivo. El 67.9% de los usuarios si fueron informados acerca de las normas y reglas del programa de visita domiciliar para tener

precaución en no infringir alguna de ellas. Por otro lado, el 87.7% de los usuarios consideró que el equipo de visita domiciliar puso atención y trato de solucionar otras dolencias diferentes al diagnóstico principal de ingreso al programa. El 97.5% hubo interés por brindarle un servicio de calidad, con un 98.8% los usuarios considero que los miembros del equipo si fueron responsables en su atención al diagnóstico de ingreso, el 92.6% de los usuarios manifestó, que la atención por parte de los miembros del equipo fue excelente. Al mismo tiempo los usuarios del programa refieren que si presentaran nuevamente un quebranto de salud solicitarían nuevamente el servicio de visita domiciliar, dando un 98.8% de satisfacción.

Esto significa que la satisfacción brindada por el Programa de la Visita Domiciliar ha sido evaluada como excelente por la mayoría de usuarios.

## I- INTRODUCCIÓN

La satisfacción del usuario (SU) fue uno de los aspectos que en términos de evaluación de los servicios de salud y calidad de atención, que ha venido cobrando mayor atención en salud pública siendo considerada desde hace poco más de una década uno de los ejes de evaluación de servicios de salud. Si bien es cierto existe un intenso debate en cuanto a su concepción y metodologías de medición, también es consenso la relevancia de la visión de los usuarios sobre los servicios como un elemento clave en la mejoría de la organización y provisión de los servicios de salud.

El tema de SU es todo un desafío a la salud pública y los gestores y planificadores en salud, los dedicados a la academia, investigadores y usuarios en general. No existe un consenso claro sobre su significado y concepción pero es evidente que refleja una visión diferente y estratégica de los servicios de salud. La definición de Pascoe: “comparación de la experiencia del paciente con sus estándares subjetivos al salir de la atención sanitaria” es una de las más simples y aceptadas. La SU es considerada como una respuesta actitudinal y de juicio de valor que el usuario construye producto de su encuentro e interacción con el servicio.

La SU es apreciada como relevante al menos en 4 áreas: comparar sistemas o programas de salud, evaluar la calidad de los servicios de salud, identificar cuáles son los aspectos de los servicios que necesitan de cambio para mejorar la satisfacción y asistir a las organizaciones sociales en la identificación de consumidores con poca aceptabilidad de los servicios. También se relaciona con la conducta del paciente y sus resultados en términos de salud individual.

En los últimos años, el estudio de satisfacción de los usuarios, con respecto a los servicios sanitarios, se ha convertido en un instrumento de valor creciente. El hecho de que se acepte que la satisfacción del paciente es un resultado importante del trabajo realizado por los profesionales justifica que ésta se haya incorporado como una medida de calidad. El análisis

de la satisfacción también se está utilizando como instrumento para legitimar las diferentes reformas sanitarias. Se ha demostrado mediante diferentes estudios que la satisfacción es un buen predictor del cumplimiento del tratamiento por parte de los usuarios, y es también un instrumento útil a la hora de evaluar las consultas y los modelos de comunicación.

Otra idea que se ha generalizado es aquella que propugna que el éxito de una organización depende de la capacidad de satisfacer las necesidades de sus clientes, hasta tal punto, que se ha llegado a modificar la definición de calidad.

Carl-Hill probó que la satisfacción con la atención médica está influida por el grado en que la actuación del médico se corresponde con la expectativa del paciente. Algunas investigaciones añaden que una experiencia mala influye en la satisfacción del paciente más que tener experiencias buenas.

Desde la perspectiva del paciente, el médico tiene tres funciones: una, curar a veces; dos, aliviar a menudo; y tres, confortar siempre. A la primera se la denomina ciencia de la medicina y a las otras dos se las denomina arte.

En general, se identifican tres aspectos que los pacientes valoran de la asistencia sanitaria: uno el aspecto instrumental (aplicación de los conocimientos técnicos y capacidad de resolver problemas), dos el expresivo (comportamiento respecto a los aspectos afectivos de la relación) y tres la comunicación (dar y recibir información).

La calidad en la atención es un concepto que depende de la característica de los pacientes, varía con la edad, el sexo, el nivel educativo y socioeconómico.

## II- ANTECEDENTES

En el Hospital Regional de San Miguel del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, no se cuenta con estudios de Satisfacción de Usuarios, solo existen antecedentes del surgimiento del programa de la visita domiciliar, debido a esto se tomo a bien realizar un estudio de Satisfacción dentro del programa de la Visita domiciliar, que este hospital ofrece.

Antes de 1986, en el Hospital General del ISSS, se brindaba consulta externa, emergencia hospitalización y los servicios de curación a domicilio a pacientes que se daban de alta y que había que brindarles este tipo de prestación; pero después del terremoto de 1986 los servicios fueron dispersos a otros centros de atención y hubo necesidad de establecer la curación a domicilio en la Unidad Médica de Atlacatl; pero esta prestación se volvió muy limitada para cubrir las necesidades del usuario; pese a las limitantes locales, las bondades superan los problemas. Dando origen a la creación de la Norma de Visita Domiciliar.

Desde el establecimiento de las Normas de Visita Domiciliar en Mayo del 2004 “ISSS EN SU CASA” a la fecha y según las necesidades propias de nuestra zona, la Visita Domiciliar ha experimentado una serie de modificaciones en el tratamiento médico de los pacientes en su domicilio; pudiéndose citar: Que en el año 2005 nuestro Hospital Regional inicio con el “Proyecto de Atención Domiciliar a pacientes con Patologías crónicas y agudas” cuyo principio es prestar servicios domiciliarios a pacientes que por la naturaleza de su patología necesitarían mucho días de estancia intrahospitalaria y que pueden ser atendidos en su hogar, por medio del programa, entre los procedimientos que se realizan, se pueden mencionar: Pacientes con cuidados de ostomias, cambios de sondas transuretrales y talla supra púbica, cuidados de tutores externos e injertos, cuidados de traqueotomías y gastrostomías, cambios de parches en úlceras de decúbito, debridaciones, curaciones y cuidados de pie diabético, etc. Muy recientemente se está protocolizando las consultas del manejo del dolor en pacientes con Cáncer; lo cual ha conllevado un cambio sustancial en el perfil y habilidades de los recursos responsables de la ejecución de la visita. Lo



anteriormente descrito como Institución ha impactado positivamente en: Disminución de gastos administrativos por días de estancia intrahospitalaria, mejoras en la imagen Institucional, trato personalizado y humano, integración de la familia y del paciente en el proceso asistencial, entre otros. Cabe mencionar que el programa de la visita domiciliar surgió por la necesidad de mejorar la disponibilidad de cama y acercar el hospital a la comunidad.

### III- JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo de Satisfacción de Usuarios tiene como beneficiarios directos a los pacientes que están incluidos dentro del programa de la visita domiciliar y por otro a la institución misma, ya que con este servicio directo al paciente en su domicilio se cambia la imagen institucional como un compromiso social, brindando satisfacción a través de la atención médica al paciente en su domicilio, además disminuyen los costos institucionales ya que la mayoría de pacientes adolecen un a patología crónica que amerita una larga estancia intrahospitalaria.

Es así como en El Hospital Regional de San Miguel del Seguro Social, por ser un centro de segundo nivel, ofrece sus servicios regionalmente cubriendo aquellos diagnósticos crónicos degenerativos y patologías agudas; que en un momento determinado provocan larga estancia hospitalaria.

Entre ellos se puede citar:

Tratamientos endovenosos hasta por 10 días.

Pacientes con pie diabético de evolución lenta.

Cardiópatas que ameritan reposo relativo.

Pacientes con accidente cerebro vascular.

Pacientes con fracturas expuestas

Pacientes con úlceras por presión

Pacientes en estadios avanzados o fase terminal de Cáncer, IRC, SIDA, etc.

Dado que la capacidad de camas del hospital es de 80 para las áreas de Medicina Interna, Cirugía General y Ginecología y Obstetricia y la población derechohabiente a cubrir total regional es de 110000 cotizantes. Esto obliga a contar con la oportunidad del tratamiento médico hospitalario cuando el caso así lo amerite. Se buscó como estrategia mejorar la disponibilidad de cama disminuyendo el día estancia en aquellos casos que permitiera ofrecer un alta temprana con un enfoque domiciliario para concluir el tratamiento médico,

favoreciendo especialmente las área psicosociales del paciente hospitalizado junto a su familia, buscando alternativas viables que mejoran la calidad de los servicios integrales de salud y con un relativo menor costo comparado con la atención tradicional.

La utilidad práctica de este estudio radica en que al conocer la satisfacción de usuarios se puede mejorar la calidad del atención, además de acuerdo al grado de satisfacción encontrada nos ayudara a tomar la decisión de incrementar el grupo ya formado y la creación de otros grupos a nivel nacional dentro de la institución, consiguiendo con esto una mayor cobertura para la población derecho habiente y sus beneficiarios.

#### **IV- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la satisfacción de las personas usuarias del programa de la Visita Domiciliaria el ISSS en su Casa durante el periodo Julio de 2010 a Julio de 2011?

¿Conocer el tipo de población usuaria del programa de la visita domiciliar?

¿Qué nivel de satisfacción tienen los usuarios del programa de la visita domiciliar?

## **V- OBJETIVOS**

### **Objetivo General:**

Evaluar la satisfacción de los usuarios del Programa de la Visita Domiciliar, el ISSS en su casa del Hospital Regional de San Miguel, describiendo la población, estableciendo los niveles de satisfacción para conocer los resultados del programa, desde Julio 2010 a Julio 2011.

### **Objetivos Específicos:**

1. Describir la población de usuarios del programa de la visita domiciliar.
2. Establecer los niveles de satisfacción de los usuarios del programa.
3. Conocer los resultados de acuerdo a los objetivos del programa de la visita domiciliar.

## VI- MARCO REFERENCIAL

La satisfacción del usuario (SU) es uno de los aspectos que en términos de evaluación de los servicios de salud y calidad de atención, ha venido cobrando mayor atención en salud pública (1) siendo considerada desde hace poco más de una década uno de los ejes de evaluación de servicios de salud (2). Si bien es cierto existe un intenso debate en cuanto a su concepción y metodologías de medición, también es consenso la relevancia de la visión de los usuarios sobre los servicios como un elemento clave en la mejoría de la organización y provisión de los servicios de salud (3,4). El tema de SU es todo un desafío a la salud pública, los gestores y planificadores en salud, los dedicados a la academia, investigadores y usuarios en general. No existe un consenso claro sobre su significado y concepción pero es evidente que refleja una visión diferente y estratégica de los servicios de salud.

La definición de Pascoe: “comparación de la experiencia del paciente con sus estándares subjetivos al salir de la atención sanitaria” es una de las más simples y aceptadas (5). La SU es considerada como una respuesta actitudinal y de juicio de valor que el usuario construye producto de su encuentro e interacción con el servicio. La SU es apreciada como relevante al menos en 4 áreas: comparar sistemas o programas de salud, evaluarla calidad de los servicios de salud (6), identificar cuáles son los aspectos de los servicios que necesitan de cambio para mejorar la satisfacción y asistir a las organizaciones sociales en la identificación de consumidores con poca aceptabilidad de los servicios (7). También se relaciona con la conducta del paciente y sus resultados en términos de salud individual.

Desde mediados de la década pasada, algunos autores han expresado que las encuestas de SU generalmente muestran alta satisfacción y otros estudios señalan que la introducción de preguntas que exploren y caractericen las experiencias de los pacientes con aspectos específicos de la atención son más informativas y útiles (8). Adicionalmente, la complementariedad con técnicas de investigación cualitativa fortalecen la riqueza de la información y su potencial uso en la gestión.

Como fue mencionado anteriormente, la satisfacción es un fenómeno básicamente psicológico que requiere de metodologías cualitativas para complementar su estudio. Según algunos estudios, los niveles de SU en atenciones ambulatorias oscilan entre 60 y 70%, observándose especificidades en función al público estudiado, servicio y/o establecimiento proveedor de la atención, motivo de consulta, momento de entrevista y método utilizado (9,10). SU en establecimientos de salud públicos y adicionalmente su poca variabilidad durante los estudios de seguimiento, lo cual ha despertado algunos cuestionamientos en términos de su utilidad como instrumento de monitoreo y valor en la gerencia de servicios (11). En sistemas de salud de países desarrollados (Reino Unido, Canadá, EEUU, España) y en algunos en vías de desarrollo (Brasil, México, Chile, Nueva Zelanda, entre otros) existen políticas sanitarias que impulsan el desarrollo de todo un sistema de información gerencial que se inicia con el recojo periódico de opiniones de los usuarios sobre los servicios de salud, continuando con el procesamiento y generación de información puesta a disposición de los diversos decisores sanitarios, con la finalidad de inducir acciones de mejoría en sus servicios. En tales países, esta concepción traducida en política y acción representa un eje importante en gestión sanitaria. Jackson y colaboradores consideran que el valor de la SU depende del objetivo para el cual se mide la satisfacción (12). Se considera que si la idea es disponer de información para comparar los resultados de ajustes organizacionales o iniciativas de mejoría de calidad desarrolladas por servicios / establecimientos de salud, sería recomendable la medición de la satisfacción global con la atención (satisfacción con “enfoque resultado”).

Por el contrario, si el propósito de medir SU es la identificación de aspectos organizacionales y del proceso de atención que precisan ser mejorados en un servicio de salud, el estudio debería enfocarse principalmente a los componentes de dicha atención (satisfacción con “enfoque proceso”). Para cada uno de esos enfoques existe un conjunto de herramientas útiles y validadas; además, estos enfoques no son, en lo absoluto, excluyentes entre sí. Según la información acumulada, existen varios factores que influyen en la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud. Sistematizándolos podemos agruparlos en: a) factores individuales: demográficos (edad, sexo, raza), sociales (estado marital, grupo social, nivel

educacional, dinámica organizacional de la comunidad, redes de participación social), económicos (nivel de ingresos, gastos), culturales (etnia, expectativas(13), concepciones culturales sobre los servicios de salud y el proceso salud-riesgo-enfermedad), experiencia con la Satisfacción de usuarios de los servicios de salud An Fac Med Lima 2005; 66(2) 129 servicio (desenlace del contacto previo entre el usuario y el servicio); b) factores familiares / sociales: experiencias con el servicio de parte de amigos, familiares, de la red social circundante, conducta y concepción del entorno familiar sobre el proceso salud-enfermedad; y, c) factores del servicio de salud: de accesibilidad geográfica (distancia al servicio de salud) y otros dependientes de la propia organización del servicio de salud (comunicación interpersonal, resolutivez del servicio, tiempo de espera para la atención, eficacia de las acciones, trato y cordialidad del personal, disponibilidad de medicamentos, confort del local, privacidad, entre otros) . La interacción entre estos factores resultan en el nivel de aceptabilidad y satisfacción; dicha interacción es compleja, ya que tratamos de un aspecto de base subjetiva, es decir, basados en percepciones y experiencias (sustento psicológico). (14)

Desde esa misma época, el Ministerio de Salud ha formulado algunos lineamientos en salud dirigidos al usuario; empero su cristalización como praxis regular, permanente e inmersa en el accionar de los gestores y proveedores de atención continúa siendo un gran desafío (15). Asimismo, la disponibilidad de información sobre el nivel de SU de los servicios de salud públicos (hospitales y centros de salud) es limitada y no se conoce de estudios basados en muestras nacionales que exploren las características de SU y sus diferencias en función de factores sociales, económicos, demográficos, culturales y de las características de la oferta. Dentro del marco de Derecho a la Salud que se desprende de los Determinantes Sociales de la Salud, las políticas públicas actuales de reducción de las desigualdades e inequidad en salud, se plantea el desafío de explorar la asociación del nivel de SU según condición económica.

La literatura muestra poca información sobre el particular y la existente aun no es concluyente. Es en ese aspecto que el presente estudio pretende contribuir desde su planteamiento. Fueron objetivos del estudio analizar el nivel de satisfacción de los usuarios



de establecimientos de Salud, su relación con el nivel socio económico e identificar los principales factores asociados de tipo social, demográfico, y de accesibilidad a la atención. (16). Dando lugar a la creación de programas de salud como el de visitas domiciliarias.

El Programa de la Visita Domiciliaria el ISSS en su Casa, se define como: Un conjunto de actividades y cuidados prestados desde el Hospital a pacientes en su domicilio, en los casos que no precisan de la estructura hospitalaria, pero sí de vigilancia activa y profesional por parte del personal de salud capacitado.

La visita domiciliar es una modalidad de atención integral de salud, mediante la cual se brindara asistencia al paciente asegurado, beneficiario y pensionado en su domicilio, realizada por un equipo multiprofesional e interdisciplinario cuya misión es: promover, recuperar, orientar rehabilitar y/o acompañar a los pacientes de acuerdo a su diagnóstico y evolución en los aspectos físicos, psíquicos, sociales, espirituales, manteniendo la calidad, el respeto, credibilidad y la dignidad humana.(17)

En este sentido, nuestras acciones, deben encaminarse a proporcionar una atención integral en salud para los derechohabientes y sus beneficiarios en sus hogares fomentando el apoyo de la familia y amigos en las diferentes actividades de salud en los domicilios, a través de una adecuada capacitación de sus miembros para estimular con mayor énfasis la realización de las mismas que involucren a la mayor parte de la población para alcanzar mejores condiciones de calidad de vida de las personas, en ese sentido incluir a otros sectores o instituciones en el proceso educacional de los habitantes de las comunidades, utilizando para ello las estrategias establecidas en el marco de atención en salud. (18,19)

#### Política Nacional de Salud

Esta se ha implantado con el propósito de generar un consenso amplio en torno a la reforma integral de salud, especialmente al enfoque de derechos humanos. La política retoma la posición en salud expresada por el actual Gobierno Electo, quien hizo un llamado al país y a la comunidad internacional para conformar una gran alianza nacional alrededor del tema de

salud; capaz de propiciar un cambio seguro que beneficie a toda la población, especialmente a la más vulnerable.

El Gobierno de El Salvador compromete su voluntad política y la gestión de los recursos necesarios, para construir un Sistema Nacional de Salud que, desde la concepción y el compromiso explícito del reconocimiento de la salud como **BIEN PUBLICO** y un **DERECHO HUMANO** fundamental que debe ser garantizado por el Estado, asume la tarea de la construcción colectiva, democrática y participativa de la misma, a partir de bases programáticas que incluyen: el enfoque de derechos humanos, el trabajo intersectorial para el abordaje de la determinación social de la salud, el desarrollo de un sistema nacional de salud equitativo, eficiente, solidario y universal y la integración, complementación y desarrollo de políticas de salud en el nivel subregional y regional. La creación y el mantenimiento de un sistema de atención a la salud, eficiente, de alta resolutivez y con acceso equitativo a servicios de calidad para todas las personas.

Servicios de salud integrales se refiere a la gestión y prestación de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, curación y rehabilitación, a través de los diferentes niveles del sistema de salud, y de acuerdo a sus necesidades a lo largo del ciclo de vida. La construcción de un sistema con estas características constituye un desafío histórico para el sector salud, lo que debe complementarse con el fortalecimiento de la organización comunitaria y de la sociedad civil para que la población pueda ejercer plenamente su derecho a la salud y vigilar el cumplimiento del rol contralor hacia el Estado. (20)

## **FUNCIONES ESENCIALES DE LA SALUD PÚBLICA FESP IX: GARANTÍA Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD INDIVIDUALES Y COLECTIVOS.**

Las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) describen el espectro de competencias acciones necesarias por parte de los sistemas de salud para alcanzar el objetivo central de la salud pública, que es el mejorar la salud de las poblaciones. Ahora bien, si la medición del desempeño de las FESP es necesaria para identificar globalmente el estado de la práctica de la salud pública en una determinada región o país, los estándares óptimos no pueden ser considerados de manera absoluta sino que deben relativizarse de acuerdo a la realidad económica, social y política de cada país.

En América Latina y el Caribe se observa un perfil de desempeño intermedio - bajo.

Particularmente, el propósito de la medición del desempeño de la FESP 9 no es solamente conocer

el estado del sistema de salud y de la práctica de salud pública. Estas mediciones son importantes porque el fin último que se persigue es mejorar la implementación de políticas de salud y la elaboración de normas en lo concerniente al sistema de garantía de calidad, permitir una mejor cuantificación de los recursos necesarios para asegurar la garantía y mejoramiento de la calidad de la salud y finalmente contribuir al desarrollo institucional en lo concerniente a la calidad de los servicios de salud.

Como un intento de abordar la crisis en la práctica de la salud pública, la Organización

Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) lanzó la iniciativa "La Salud Pública en las Américas" en el año 2002. Así, dentro del marco de esta iniciativa se creó una herramienta metodológica con el fin de medir el desempeño de 11 Funciones Esenciales de la Salud Pública. Estas funciones esenciales son:

1. Seguimiento de la situación de salud
2. Protección del medio ambiente
3. Promoción de la salud
4. Prevención, vigilancia y control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles.
5. Legislación y regulación en salud pública.
6. Salud ocupacional
7. Servicios específicos de salud pública
8. Gerencia y administración de la salud
9. Atención de salud a grupos vulnerables y poblaciones de alto riesgo
- 10- Investigación en Salud Pública
- 11- Reducción del impacto de las emergencias y desastres en salud.

## VII- DISEÑO METODOLÓGICO

**Tipo de Estudio:** Se trató de un estudio Descriptivo, de corte transversal, acerca del Programa de la visita domiciliar El ISSS en su casa, satisfacción de usuarios, durante el periodo de Julio 2010 – 2011.

**Universo:** Usuarios del programa de visita domiciliar del ISSS.

**Población:** 500 pacientes del programa.

**Muestra:** 81 pacientes del programa.

### Cálculo de la Muestra

Como sabemos que la población es finita, se puede decir que conocemos el número de usuarios; para la obtención de la muestra se empleará la fórmula de muestreo aleatorio simple.

La fórmula para el tamaño de muestra cuando se conoce la población es:

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 P Q N}{N - 1 E^2 + Z_{\alpha/2}^2 P Q}$$

Dónde: N = Población

P = Probabilidad de éxito.

Q = Probabilidad de fracaso; Q= (1-P)

$Z_{\alpha/2}$  = Nivel de confianza (valor de la tabla Normal)

E = Margen de error.

n = Tamaño de la muestra.

Para la investigación en donde:

$$N = 500$$

$$P = 0.5$$

$$Q = (1-P) = 0.5$$

$$Z_{\alpha/2} = 1.96$$

$$E = 0.10$$

Entonces, el valor de n es el siguiente:

$$n = \frac{1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5 \cdot 500}{500 - 1 \cdot 0.10^2 + 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}$$

$$n = \frac{3.8416 \cdot 0.25 \cdot 500}{499 \cdot 0.01 + 3.8416 \cdot 0.25}$$

$$n = \frac{480.2}{5.9504}$$

$$n = 80.7004571$$

Aproximando al entero mayor la muestra es de:  $n = 81$

El  $n = 81$ , representa el número de usuarios de la muestra para la investigación.

**Técnica para elegir los 81 pacientes:** La técnica que se empleo fue a través de un sorteo, donde se hicieron 500 papelitos, de los cuales se extrajeron 81 papelitos, en los cuales estaba escrito el nombre del paciente en estudio resultante de la formula de muestreo aleatorio simple.

**Periodo del Estudio:** Julio 2010 a Julio de 2011.

**Unidad Muestral:** Usuarios del programa de visita domiciliar.

**Unidad de Análisis:** Respuestas de Cuestionario.

**Criterios de Inclusión:**

Ser afiliado o beneficiario (vigente) del ISSS.

Tener al menos un cuidador que se comprometa con el logro de los objetivos del programa.

Solicitud escrita por parte del médico tratante de inclusión en el programa.

Pacientes con enfermedad en fase terminal, es decir, con una esperanza de vida menor de 6 meses (Cáncer, SIDA, Insuficiencia Renal Crónica, etc.).

Pacientes con enfermedades crónicas en estadios avanzados con diagnóstico y manejo claramente establecido.

Condición de discapacidad que impida el acceso a los servicios de salud por sus propios medios.

**Criterio de exclusión:**

Desinterés manifiesto o rechazo hacia el programa y/o sus actividades por parte del usuario.

Cambio del domicilio del usuario por fuera del área de operaciones del programa.

Cuando cambien las condiciones que motivaron su ingreso al programa.

**Técnica para Recolección de Información:**

La técnica empleada para la recolección de la información fue la Encuesta, donde se encuestó al paciente en su domicilio los que habían sido seleccionados previamente.

**Diseño de instrumento:** El instrumento fue diseñado en base a las variables que se quieren estudiar en este caso de satisfacción del usuario en cuanto a calidad de atención durante su visita en el hogar, de acuerdo al trabajo de las diferentes disciplinas que conforman el equipo de la visita domiciliar. El instrumento consta de 19 preguntas que son relacionadas a la calidad de atención, cerradas la mayoría para obtener una información más uniforme y de fácil comprensión, las preguntas se harán con un tiempo estimado de entre 10 y 15 minutos.

El cuestionario posee una escala de medición de niveles de satisfacción, así tenemos que para valorar niveles de Excelente tenemos los valores de 9-10, Bueno de 7-8, Regular de 5-6 y Malo de 1-4

**Recolección de la información:**

1. Se pasó un cuestionario a los usuarios del programa de visita domiciliar.
2. Se revisó los censos de consulta de la visita domiciliar.
3. Se revisaron los censos de procedimientos de la visita domiciliar.

**Fuentes de información:**

Las fuentes de información son primarias porque se obtendrán directamente de los usuarios del programa de la visita domiciliar.

**Procesamiento y análisis de la información.** Al terminar de pasar la encuesta a los usuarios del programa de visita domiciliar, se digito la información en una base de datos elaborada en el programa epi –info 3.5 para el procesamiento y análisis de información. Se hizo un análisis descriptivo de los resultados y hallazgos obtenidos, haciendo distribuciones de frecuencia, porcentajes. Además se realizó un cruce de variables seleccionadas.

**Control de Sesgos:** Observación, Se limitó ya que el mismo observador hizo la recolección de las respuestas.

**Aspectos Éticos:** Considero que en ningún momento del desarrollo del estudio se faltó a la ética que corresponde como trabajadores de Salud ya que en todo momento las personas entrevistadas durante el llenado del cuestionario se les pidió su consentimiento para la recolección de la información.



**Variables:**

Las variables son cualquier propiedad o características de algún evento, objeto o persona que puede tener diversos valores en diferentes instantes, según las condiciones. En este caso las variables serán las propiedades y características que poseen los usuarios del programa de la visita domiciliar, para poder evaluar su satisfacción con respecto a esta.

Para el objetivo específico número uno: Describir la población de usuarios del programa de la visita domiciliar.

<b>Variable</b>	<b>Indicador</b>	<b>Valor</b>	<b>Escala</b>
· Sexo	Hombre o mujer	Datos generales	Nominal dicotómica
· Estado Civil	Casado, soltero, viudo, acompañado, divorciado	Datos generales	Nominal Politomica
· Edad	En años	Datos generales	De razón o proporción
· Dirección	Municipio donde reside	Datos generales	Nominal Politomica
· Diagnóstico de Ingreso	Tipo de padecimiento	4	Nominal Politomica
· Religión	Congregación religiosa o doctrinal a la pertenece actualmente	Datos generales	Nominal Politomica
	Tiempo	5	Ordinal
		6	Nominal dicotómica
	Otras dolencias	8	Nominal dicotómica
	Trato	12	Ordinal
· Atención	Interés	13	Nominal dicotómica
	Responsabilidad	14	Nominal dicotómica
	Evaluación	15	Ordinal
		18	Nominal dicotómica
	Conocimiento sobre el programa	1	Nominal politomica
		2	Nominal

· Información	Diagnostico	10	dicotómica Nominal dicotómica
	Normas y reglas del programa	11	Nominal dicotómica
		3	Nominal dicotómica
· Confianza	Presentación	7	Nominal dicotómica
		9	Nominal dicotómica
		16	Nominal dicotómica
	Recomendación	19	Nominal Politómica
	Fidelidad	17	Nominal dicotómica

## **PLAN DE ANÁLISIS.**

### **Estudio de las Tablas de Frecuencias.**

En él se pretendió identificar y describir por medio de las tablas de frecuencia a la población de usuarios del programa de la Visita Domiciliar y los aspectos con respecto a la satisfacción de esta con el programa, en estas tablas se describen el sexo, la edad, el estado civil, lugar de procedencia, el diagnóstico de ingreso. También mediante estas tablas se pueden obtener información sobre la satisfacción del usuario con el programa de la Visita Domiciliar como lo son la atención, el trato, la información, la responsabilidad y la interacción del usuario con el equipo de la visita.

### **Cruces de Variables.**

En este punto se pretendió identificar si existe relación entre dos o más variables, además de poder posibilitar el análisis de estas variables en una sola tabla, en lugar de construir cuadros simples. Para el estudio del Programa de la Visita Domiciliar “El ISSS en su casa”, Satisfacción de usuarios, julio 2010 – 2011, se cuenta con los siguientes cruces de variables:

- El nivel de satisfacción recibida vs. Sexo del usuario.
- El nivel de satisfacción recibida vs. Edad del usuario.
- La satisfacción de la atención recibida vs. Sexo del usuario.
- La satisfacción de la recibida vs. Edad del usuario.
- El trato recibido vs. Sexo del usuario.
- Solicitaría nuevamente este servicio vs. El trato recibido durante las visitas.
- Solicitaría nuevamente este servicio vs. La muestra de interés por parte de los miembros del equipo al atenderlo anteriormente.
- Está satisfecho con la atención recibida vs. Solicitaría nuevamente este servicio.
- Diagnóstico de ingreso al programa vs. Días posteriores a su alta hospitalaria que fue visitado por el equipo.

## **VIII- RESULTADOS**

En este capítulo se resumen los resultados obtenidos de la encuesta del Programa de la Visita Domiciliaría el ISSS en su Casa del Hospital Regional de San Miguel, desde Julio 2010 a Julio 2011.

Con respecto al primer objetivo específico se pueden observar los siguientes resultados:

Que la mayor parte de la población entrevistada el 53.1 % son de sexo femenino y el 46.9% del sexo masculino. Tabla 1.

- a) El 58% de los usuarios son de la tercera edad, ya que es el grupo de personas que requiere más cuidado y atención, pero también este programa es requerido por personas jóvenes y no discrimina a nadie por su edad. Tabla 2.
- b) El 74.1% de los usuarios del programa de visita domiciliar residen en la zona urbana y el 25.9% reside en la zona rural. Tabla 3.
- c) El 82.7% de los usuarios del programa de la visita domiciliar pertenecen a la religión católica y el resto pertenece a distintas denominaciones de la iglesia protestante. Tabla 4.ç
- d) La mayoría de usuarios del programa de visita domiciliar su estado civil es casado de 74.1%, el 14.8% de los usuarios tienen un estado civil de viudo, el 7.4% de los usuarios está soltero, el 2.5% esta acompañados y el 1.2% tienen un estado civil de divorciados. Tabla 5.

Esto significa que el Programa de la Visita Domiciliar está siendo útil para todos los estratos de la población salvadoreña sin discriminación alguna.

Con respecto al segundo objetivo específico se pueden observar los siguientes resultados:

- a) La mayoría de usuarios se enteraron de este programa a través de su médico tratante 77.8%, ya que este pueda ser que se los haya sugerido para que no estuvieran viajando muy seguido al ISSS, y así se pudieran llevar un control de su padecimiento, en segundo lugar aparece el trabajador social con un 17.3%, en tercer lugar por medio de una enfermera con el 3.7% y con un pequeño porcentaje aparece otros 1.2% entre ellos estas otros usuarios, familiares de los usuarios y otras personas. Tabla 6.
- b) El 69.1% de los usuarios respondió que la información recibida al principio sobre este programa fue incompleta de parte del médico tratante, el trabajador social, la enfermera y otros. Tal vez solo se les informo una parte del programa; en cambio el 30.9% de los usuarios si recibieron una información completa del programa. Tabla 7.
- c) El 95.1% de los usuarios no firmaron un documento de consentimiento informado para recibir las visitas y el tratamiento respectivo y solo el 4.9% de las personas si lo hicieron. Tabla 8.
- d) El 67.9% de los usuarios si fueron informados acerca de las normas y reglas del programa de visita domiciliar para tener precaución en no infringir alguna de ellas, en cambio el 32.1% de los usuarios no fueron informados. Tabla 15.

Con respecto al tercer objetivo específico se pueden analizar los siguientes resultados:

- a) Todos los usuarios consideraron que el tiempo que duro su primera visita fue aceptable y agradable. Tabla 10.

- b) El 87.7% de los usuarios considero que el equipo de visita domiciliar puso atención y trato de solucionar otras dolencias diferentes al diagnóstico principal de ingreso al programa, en cambio el 12.3% del equipo no puso atención. Tabla 12.
- c) Todos los usuarios consideraron aceptable y satisfactorio el trato recibido por parte del equipo de visita domiciliar en cada una de sus visitas. Tabla 16.
- d) El 97.5% de los usuarios considero que los miembros del equipo de la visita domiciliar si mostraron un interés por brindarle un servicio de calidad, solo el 2.5% de los usuarios considero que no. Tabla 17.
- e) El 98.8% de los usuarios considero que los miembros del equipo si fueron responsables en su atención al diagnóstico de ingreso, tanto en su tratamiento como cuidador, esto significa una excelente atención a casi todos los usuarios del programa. Tabla 18.
- f) Al evaluar la atención el 92.6% de los usuarios considero la atención del equipo de la visita domiciliar como excelente y 7.4% como buena, esto significa una aprobación total con respecto a la atención recibida. Tabla 19.
- g) Todos los usuarios que han sido atendidos por este problema están satisfechos con él y por tanto, si lo recomendarían el programa de la visita domiciliar a familiares, amigos y conocidos. Tabla 20.
- h) El 98.8% de los usuarios considero que si tuviera nuevamente un quebranto de salud, solicitaría nuevamente este servicio ya que están satisfechos con la atención brindada, los cuidados, el tratamiento y la responsabilidad por parte del equipo de visita domiciliar. Tabla 21.
- i) Todos los usuarios están satisfechos con la atención recibida. Tabla 22.

Esto significa que la satisfacción brindada por el Programa de la Visita Domiciliar ha sido evaluada como excelente por la mayoría de usuarios.

## **IX- DISCUSIÓN**

Los resultados obtenidos en la investigación nos reveló, que las diferentes usuarios del programa de la visita domiciliar el ISSS en su casa mostraron aceptación del programa y a la vez una satisfacción por los servicios domiciliarios que el programa incluye, dándoles también calidad y calidez humana con un enfoque integral.

Los datos nos revelan el nivel de aceptación del programa pero a la vez sugieren la implementación de otros servicios que para ellos es de gran importancia en relación a sus quebrantos de salud, como la entrega a domicilio de los medicamentos, terapia física de rehabilitación, adecuación de dietas por nutricionista y el apoyo del psicólogo para sobre llevar la enfermedad en cuanto al sufrimiento y el padecimiento de la misma, a la vez la visita periódica del trabajador social para la visualización general del entorno psicosocial del paciente y su familia.



## **X- CONCLUSIONES**

Se han cumplido los objetivos propuestos del trabajo de investigación, ya que la mayoría de la población atendida dentro del programa de la visita domiciliar están satisfechos con dicha intervención.

A pesar que la mayoría de usuarios del programa son pacientes de la tercera edad con enfermedades crónicas degenerativas concomitantes, este ha considerado personas de otras edades de acuerdo con los criterios de inclusión ya establecidos en las normas del programa de la visita domiciliar.

Los resultados del trabajo de investigación están de acuerdo a los objetivos del programa de la visita domiciliar, ya que se toma en cuenta las normas y reglamentos del programa que están respaldadas por las leyes del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

El nivel de satisfacción de la mayoría de usuarios es ponderado como excelente en un 98.8%, lo cual se pudo verificar durante la encuesta a los usuarios del programa de visita domiciliar, además este mismo grupo de encuestados recomiendan en un 95.1% el programa a otras personas e inclusive ellos mismos utilizarían nuevamente este servicio si presentaran un Nuevo quebranto de salud

## **XI- RECOMENDACIONES.**

### **PARA EL HOSPITAL DEL INSTITUTO SALVADORENO DEL SEGURO SOCIAL**

Capacitar al personal médico y paramédico referente a los criterios de ingreso y egreso, normas y reglas del programa de la visita domiciliar, con el único objetivo de que estos estén bien informados para poder brindar un servicio de calidad.

Incluir al personal paramédico como: Fisioterapeutas, Nutricionista, Psicólogo, Trabajador Social, Educadores para la Salud al programa de la visita domiciliar, para cada caso en particular, con el propósito de dar un servicio de calidad y calidez humana.

Capacitación constante en las normas y reglamentos del programa de la visita domiciliar dando un enfoque integral al paciente sin dejar de lado la humanización.

Monitoreo y evaluación periódica para verificar el nivel de satisfacción y cumplimiento de las normas del programa de la visita domiciliar.

Diseñar el sistema de información y registro para el programa de atención domiciliaria.

### **PARA EL PERSONAL DE SALUD DEL ISSS**

Informar a todos los pacientes que para ingresar al programa de la visita domiciliar es necesario firmar un documento de Consentimiento Informado, donde se hace constar que está de acuerdo en recibir el tratamiento en su domicilio.

Recibir capacitaciones constantes acerca del cuidado de pacientes a domicilio, con el propósito de enriquecer la atención domiciliar.

Búsqueda y manejo de los factores de riesgo para la patología de base así como de los factores implicados en las descompensaciones.

Diagnosticar seguir y manejar la enfermedad crónica de base y sus descompensaciones.

Realizar el manejo sintomático y paliativo de las enfermedades terminales.

Capacitar a los cuidadores sobre los cuidados básicos de alimentación, hidratación, higiene, cambios posturales, cuidados sondas y administración de medicamentos.

### **PARA LOS FAMILIARES DE LOS BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA.**

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

Vigilar y detectar de forma precoz los signos de alarma informándolos oportunamente a los integrantes del equipo de atención domiciliar, para tomar acciones de hecho inmediatamente.

Acatar las recomendaciones brindadas por personal de salud, que integra el equipo de visita domiciliar, para obtener óptimos resultados en el tratamiento de sus parientes.

### **PARA EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**

Que implemente el Programa de Visita Domiciliar dentro de su portafolio de servicios de salud, para que su población tenga la oportunidad de ser atendida en su domicilio, lo que traerá como beneficio la disminución de los costos hospitalarios, para ello debe interactuar con los establecimientos asistenciales de diferentes niveles de complejidad, para mejorar la salud de los pobladores minimizando las complicaciones de sus enfermedades crónicas degenerativas, brindando el tratamiento y cuidado de los pacientes en su domicilio a través de los equipos de visita domiciliar y por los propios cuidadores de los pacientes.

## **XII- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Schneider H, Palmer N. Getting to the truth? Researching user views of primary health care. *Health Policy Plann.* 2002; 17(1):32-41.
2. Mira J, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una Medida de resultado de la atención sanitaria. *Med Clin (Barc).* 2000; 114(supl 3):26-33.
3. Edwards C, Staniszewska S. Accessing the user's perspective. *Health Soc Care Community.* 2000; 8(6):417-24.
4. Traverso-Yèpez m, Morais NA. Reinvidicando a Subjetividade de dos usuarios da Rede Básica de Saúde: para uma humanizacao do atendimento. *Cad. Saúde Pública.* 2004; 20(1):80-8.
5. Pascoe G. Patient satisfaction in primary care: a literatura review and analysis. *Evaluation and Program Planning.* 1983; 6:185-210.
6. Wensing M, Elwyn G. Research on patients' views in the evaluation and improvement of quality of care. *Qual Saf Health Care.* 2002; 11:153-7.
7. Kane RL, Maciejewski M, Finch M. The relationship of patient satisfaction with care and clinical outcomes. *Med Care.* 1997; 35:714-30.
8. Jenkinson C, Coulter A, Bruster S, Richards N, Chandola. Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Qual Saf Health Care.* 2002; 11:335-9.

9. Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction: important general considerations. *Br Med J.* 1991; 302:887-9.
10. Ministerio de Salud del Perú, Proyecto 2000. Calidad del servicio de salud desde la percepción de la usuaria: Diagnóstico de necesidades de comunicación. Lima: Pathfinder International, USAID; 2002.
11. Williams B, Coyle J, Healy D. The meaning of patient satisfaction: an explanation of high reported levels. *Soc Sci Med.* 1998; 47(9):1351-9.
12. Jackson J, Chamberlin J, Kroenke K. Predictors of patient satisfaction. *Soc Sci Med.* 2001; 52:609-20.
13. Baron-Epel O, Dushenat M, Friedman N. Evaluation of the consumer model: relationship between patients' expectations, perceptions and satisfaction with care. *Int J Qual Health Care.* 2001; 13(4):317-23.
14. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Soc Sci Med.* 1997; 45(12):1829-43.
15. Mendoza J, Piechulek H, Al-Sabir A. Client satisfaction and quality of health care in rural Bangladesh. *Bull WHO.* 2001; 79(6):512-7.
16. Baltussen R, Yè Y, Hadad S, Sauerborn R. Perceived quality of care of primary care services in Burkina Faso. *Health Policy and Plann.* 2002; 17(1):42-8.

17. Gross R, Tabenkin H, Porta A, Heymann A, Greenstein M, Porter B, Matzliach R. The relationship between primary care physicians' adherence to guidelines for the treatment of diabetes and patient satisfaction: findings from a pilot study. *Fam Pract.* 2003; 20(5):563-9.
18. Bernhart M, Wiadnyana I, Wihardjo H, Pohan I. Patient Satisfaction in developing countries. *Soc Sci Med.* 1999; 48:989-96.
19. Ministerio de Salud del Perú, Proyecto 2000. Proyecto 2000: Un proyecto de innovaciones en salud. Reporte técnico final del equipo de asistencia técnica. Lima: Ministerio de Salud del Perú, Proyecto 2000; 2002.
20. Políticas de Salud, Construyendo la Esperanza, Estrategias y Recomendación en Salud 2009 – 2014.

### **XIII- BIBLIOGRAFÍA**

1. Os WDP, Brink HS, Tiemens BG et al. (2004). Communicative skills of general practitioners augment the effectiveness of guideline-based depression treatment. *Journal of Affective Disorders* 84: 43-51.
2. Lefevre FV, Waters TM and Budetti PP (2000). A Survey of Physician Training Programs in Risks Management and Communication Skills for Malpractice Prevention. *Journal of Law Medicine and Ethics*, 28: 258-66
3. Dulmen S., Finset A., Langewitz W. et al. Five years of EACH (European Association for Communication in Healthcare). *Patient Education and Counseling*, 2006;62: 379-384.
4. Palsson R, Kellett J, Lindgren S, Merino J, Semple C and Sereni D (2007). Core competencies of the European internist: A discussion paper. *European Journal of Internal Medicine* 18: 104–108
5. Torrent JC, Sánchez CJ, Ortiz JS et al (2007). Oncologist' perceptions of cancer pain management in Spain. The real and the ideal. *European Journal of Pain*, 11: 352-359.
6. Griffit C.H., Wilson F.F., Langer S y Haist S.A. House Staff Nonverbal Communication Skills and Standardized Patient Satisfaction. *J Gen Intern Med*, 2003; 18:170-174.
7. Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction: II-Designing a questionnaire and conducting a survey. *BMJ* 1991; 302:1129-32.

8. Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin (Barc)* 200; 144(Sup. 3):26-33
9. Rodríguez-Legido Cl. La medida de la satisfacción con la atención en salud: Andalucía 1984-1992. *Gac Sanit* 1995; 9:311-5
10. Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction: I-Important general considerations. *BMJ* 1991; 302:887-9
11. Marquet R, Pujol G, Jiménez J. Cuestionario de satisfacción: ¿una respuesta demasiado sencilla para un tema demasiado complejo? *Cuadernos de Gestión* 1995; 1(1):23-33.
12. Blendon RJ, Donelan K. Public opinión about Spain's National Health System. Informe de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. Anexo III. Madrid 1991
13. Bolívar I, Grupo de estudio de la utilización de servicios sanitarios de Mataró. Determinantes poblacionales de la satisfacción con el médico de atención primaria. *Gac Sanit* 1999; 13(5):371-83.
14. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *MMFQ* 1966; 44(2):166-206.
15. Hall j, Mibum M, Epstein MA. A casual model of health status and satisfaction with medical care. *Med Care* 1993; 31:84-94.
16. Cléries X, Borrell f, Epstein RM, Kronfly E, Escoda JJ, Martínez JM, Aspectos comunicacionales: el reto de la competencia de la profesión médica. *Aten Primaria* 2003; 2:110-7.



17. Cebriá J. Distres crónico y desgaste profesional: algunas hipótesis etiológicas y nosotáxicas. *Aten Primaria* 2003; 31:572-4.
18. Cebriá J, Segura J, Corbella S , Sos P, Comas O, García M, Rodríguez C, Pardo JM, Pérez J, Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. *Aten Primaria* 2001; 27:459-68.
19. BORREL f. Entrevista Clínica. Manual de estrategias practicas. Barcelona: SEMFYC, 2004.
20. Ruiz R. Relación Clínica. Guía para aprender a enseñar e investigar. Barcelona: SEMFYC, 2004.
21. Cléries X, Kronfly E, Raya MA, Casas C, Pos E. Hacia el aprendizaje de emociones, y de sistemas motivacionales, en la relación asistencial. *Educ Med* 2002; 5(3):113-125.
22. Atención al anciano. Grupo de trabajo del anciano de la semFYC, Ediciones Eurobook, SL. Madrid 1997:11-47.
23. C. De Alba Romero, J. M. Baena Díez, M. C. de Hoyos Alonso, A. Gorroñoigoitia Iturbe, C. Litargo Gil, L. Martín Resende et al. Actividades preventivas en mayores. *Atención Primaria*. Barcelona 2003; Vol. 32. Suplemento 2.1-15
24. Centro de Investigaciones Sociológicas del Ministerio de la Presidencia. Ayuda informal a personas mayores. Estudio 2117. Datos y opinión. Madrid, Abril 1996.
25. Cuidarse para cuidar. Guía para la elaboración de talleres para personas cuidadoras. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud.

26. Grupo ATDOM de la Societat Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria. Aproximación a la Atención Domiciliaria. ¿Cómo trabaja la sanidad pública catalana la atención domiciliaria? Atención Primaria. Barcelona 2003; 31 (8): 473-9
27. Guía para cuidadores. Edita Consejería de Sanidad y Consumo de la Junta de Extremadura. Dirección General de Formación, Inspección y Calidad Sanitaria. Badajoz 2004
28. Intervención clínica y psicosocial en el anciano. Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y Sanitaria. ICEPSS, Palma de Gran Canaria (1995)
29. Plan de Salud de Extremadura 2001 – 2004. Consejería de Sanidad y Consumo. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitaria. Mérida. 2ª Edición, Junio de 2001.
30. Rivera Casado J.M. Enfermería geriátrica. Idepsa 1994. Rivera JM,
31. Piura López, Julio. Introducción a la Metodología de la Investigación Científica. Cuarta edición. Managua, Nicaragua. Litografía y Tipografía Rojas. 1995. 114p.
32. Fisher, Andrew A.; Laing, John E. ; Stoeckel, John E.; Townsend, John W. Manual para el Diseño de Investigación Operativa en Planificación Familiar. The Population Council. Segunda edición y reimpresión en español. México. Fare Diseño Industrial. 1995. 99p.
33. Daniel, Wayne W. Bioestadística. Tercera edición y segunda reimpresión. México D.F., México. Editoriales Uteha. 1996. Cap. 1 y 2. Págs. 17-98

34. Organización Panamericana de la Salud. Subvenciones para Investigación y Capacitación en Salud Pública. Guías y formularios de solicitud. OPS/HDP/HDR/97.10. Washington, D.C. USA. 1999. 30p.
35. Guerrero, R.; Gonzalez, C.; Medina, E. Epidemiología. Editorial ADDISSONWESLEY IBEROAMERICANA, S.A. Delaware, USA. 1986. 214p.
36. Riegelman RK, Hirsch RP: Como estudiar un estudio y como probar una prueba, lectura crítica de la literatura médica. OPS, Washington, DC, USA. 1992.
37. Machado, Ricardo. Cómo se forma un investigador. Cuba. Ciencias Sociales. 1988.
38. Funciones Esenciales de Salud Publica (FESP IX), OPS/OMS.1998

## XIV- ANEXOS

### TABLAS DE FRECUENCIAS

**Tabla 1:** Sexo de los usuarios del programa de Visita Domiciliar

<b>SEXO:</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>Femenino</b>	43	53.1%	53.1%
<b>Masculino</b>	38	46.9%	100.0%
<b>Total</b>	81	100.0%	100.0%

La mayoría de usuarios que utiliza este servicio pertenece al sexo femenino con 53.1 % con respecto al 46.9% del sexo masculino y se confirma que el 100% de la muestra obtenida participo en el llenado de la encuesta.

**Tabla 2:** Edad de los usuarios del programa de Visita Domiciliar.

<b>EDAD:</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>&gt;20 - 30</b>	6	7.4%	7.4%
<b>&gt;30 - 40</b>	11	13.6%	21.0%
<b>&gt;40 - 50</b>	9	11.1%	32.1%
<b>&gt;50 - 60</b>	8	9.9%	42.0%
<b>&gt;60 - 70</b>	15	18.5%	60.5%
<b>&gt;70 - 80</b>	16	19.8%	80.3%
<b>&gt;80 - 90</b>	15	18.5%	98.8%
<b>&gt;90 - 100</b>	1	1.2%	100.0%
<b>Total</b>	81	100.0%	100.0%

El 58% de los usuarios que utilizan este servicio son de la tercera edad (mayores de 60 años), ya que es el grupo de personas que requiere más cuidado, pero también este programa es requerido por personas jóvenes y no discrimina a nadie por su edad.

**Tabla 3:** Procedencia del usuario.

<b>LUGAR DE PROCEDENCIA</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>Rural</b>	21	25.9%	25.9%
<b>Urbano</b>	60	74.1%	100.0%
<b>Total</b>	81	100.0%	100.0%

El 74.1% de los usuarios del programa de visita domiciliar residen en la zona urbana y el 25.9% reside en la zona rural.

**Tabla 4:** Religión del usuario.

<b>RELIGIÓN:</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>Apóstoles y Profetas</b>	3	3.7%	3.7%
<b>Católica</b>	64	79.0%	82.7%
<b>Evangélica</b>	10	12.3%	95.1%
<b>Iglesia de Jesucristo de los Santos de los últimos días</b>	2	2.5%	97.5%
<b>Luz del Mundo</b>	2	2.5%	100.0%
<b>Total</b>	81	100.0%	100.0%

El 82.7% de los usuarios del programa de la visita domiciliar pertenecen a la religión católica y el resto pertenece a la iglesia protestante.

**Tabla 5:** Estado civil de los usuarios del programa de Visita Domiciliar.

<b>ESTADO CIVIL:</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>Acompañado</b>	2	2.5%	2.5%
<b>Casada</b>	29	35.8%	38.3%
<b>Casado</b>	31	38.3%	76.5%
<b>Divorciada</b>	1	1.2%	77.8%
<b>Soltera</b>	3	3.7%	81.5%
<b>Soltero</b>	3	3.7%	85.2%
<b>Viuda</b>	10	12.3%	97.5%
<b>Viudo</b>	2	2.5%	100.0%
<b>Total</b>	81	100.0%	100.0%

La mayoría de usuarios del programa de visita domiciliar su estado civil es casado (74.1%), el 14.8% de los usuarios tienen un estado civil de viudo, el 7.4% de los usuarios está soltero, el 2.5% esta acompañados y el 1.2% tienen un estado civil de divorciados.

**Tabla 6:** ¿Cómo se enteró de la existencia del programa de la Visita Domiciliar?

<b>¿COMO SE ENTERO DE LA EXISTENCIA DEL PROGRAMA DE LA VISITA DOMICILIAR?</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>MEDICO TRATANTE</b>	63	77.8%	77.8%
<b>ENFERMERA</b>	3	3.7%	81.5%
<b>TRABAJADOR SOCIAL</b>	14	17.3%	98.8%
<b>OTROS</b>	1	1.2%	100.0%
<b>Total</b>			

La mayoría de usuarios se enteraron de este programa a través de su médico tratante 77.8%, ya que este pueda ser que se los haya sugerido para que no estuvieran viajando muy seguido al ISSS, y así se pudieran llevar un control de su padecimiento, en segundo lugar aparece el trabajador social con un 17.3%, en tercer lugar por medio de una enfermera con el 3.7% y con un pequeño porcentaje aparece otros 1.2% entre ellos estas otros usuarios, familiares de los usuarios y otras personas.

**Tabla 7:** ¿La información que se le brindo acerca del programa fue?

<b>¿LA INFORMACIÓN QUE SE LE BRINDO ACERCA DEL PROGRAMA FUE?</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>COMPLETA</b>	25	30.9%	30.9%
<b>INCOMPLETA</b>	56	69.1%	100.0%
<b>Total</b>	81	100.0%	100.0%

El 69.1% de los usuarios respondió que la información recibida al principio sobre este programa fue incompleta de parte del médico tratante, el trabajador social, la enfermera y otros. Tal vez solo se les informo una parte del programa; en cambio el 30.9% de los usuarios si recibieron una información completa del programa.

**Tabla 8:** ¿Al ingresar al programa de visita domiciliar como usuario, firmo usted o su responsable un documento de aceptación para recibir tratamiento en su domicilio?

<b>¿AL INGRESAR AL PROGRAMA DE VISITA DOMICILIAR COMO USUARIO, FIRMO USTED O SU RESPONSABLE UN DOCUMENTO DE ACEPTACIÓN PARA RECIBIR TRATAMIENTO EN SU DOMICILIO?</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>Si</b>	4	4.9%	4.9%
<b>No</b>	77	95.1%	100.0%
<b>Total</b>	81	100.0%	100.0%

El 95.1% de los usuarios no firmaron un documento de consentimiento informado para recibir las visitas y el tratamiento respectivo y solo el 4.9% de las personas si lo hicieron.



**Tabla 9:** ¿Cuántos días posteriores a su alta hospitalaria, fue visitado por el equipo de visita domiciliar?

<b>¿CUANTOS DÍAS POSTERIORES A SU ALTA HOSPITALARIA, FUE VISITADO POR EL EQUIPO DE VISITA DOMICILIAR?</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>DE 1 A 3 DÍAS</b>	56	69.1%	69.1%
<b>DE 4 A 6 DÍAS</b>	20	24.7%	93.8%
<b>DE 7 A 10 DÍAS</b>	3	3.7%	97.5%
<b>MAYOR DE 10 DÍAS</b>	2	2.5%	100.0%
<b>Total</b>	81	100.0%	100.0%

El 69.1% de los usuarios fueron rápidamente visitados (1 – 3 días) por el equipo de visita domiciliar lo cual indica una muy buena atención y responsabilidad por parte de estos, el 24.7% de los usuarios fueron visitados entre 4 a 6 días y alrededor del 6.2% de los usuarios fueron visitados en más de 7 días, esto puede deberse a que su padecimiento no fuese muy grave.

**Tabla 10:** ¿Cómo le pareció ese tiempo para su primera visita?

<b>¿COMO LE PARECIÓ ESE TIEMPO PARA SU PRIMERA VISITA?</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>ACEPTABLE</b>	81	100.0%	100.0%
<b>NO ACEPTABLE</b>	0	0.0%	100.0%
<b>Total</b>	81	100.0%	100.0%

El 100% de los usuarios considero que el tiempo de su primera visita fue aceptable, esto significa una excelente aceptación y satisfacción de los usuarios en su primera experiencia con el programa de visita domiciliar.

**Tabla 11:** ¿El equipo de visita domiciliar se presentó con Ud.?

<b>¿EL EQUIPO DE VISITA DOMICILIAR SE PRESENTO CON USTED?</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>Si</b>	80	98.8%	98.8%
<b>No</b>	1	1.2%	100.0%
<b>Total</b>	81	100.0%	100.0%

El 98.8% del equipo de visita domiciliar si se presentó con el usuario, este es el primer paso para ganar la confianza del usuario y así este colabore más con el tratamiento, solo apenas el 1.2% de los usuarios respondió que el equipo de visita domiciliar no se presentó.

**Tabla 12:** ¿El equipo le puso atención a sus dolencias, diferentes al diagnóstico principal de ingreso al programa?

<b>¿EL EQUIPO LE PUSO ATENCIÓN A SUS DOLENCIAS, DIFERENTES AL DIAGNOSTICO PRINCIPAL DE INGRESO AL PROGRAMA?</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>Si</b>	71	87.7%	87.7%
<b>No</b>	10	12.3%	100.0%
<b>Total</b>	81	100.0%	100.0%

El 87.7% de los usuarios considero que sí, el equipo de visita domiciliar puso atención y trato de solucionar otras dolencias diferentes al diagnóstico principal de ingreso al programa, en cambio el 12.3% del equipo no puso atención a otras dolencias del usuarios.

**Tabla 13:** ¿El equipo la o lo identifico por su nombre?

<b>¿EL EQUIPO LA O LO IDENTIFICO POR SU NOMBRE?</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>Si</b>	77	95.1%	95.1%
<b>No</b>	4	4.9%	100.0%
<b>Total</b>	81	100.0%	100.0%

El 95.1% de los usuarios si fueron identificados por su nombre por parte del equipo de visita domiciliar y en cambio el 4.9% usuarios considero que no fueron identificados por su nombre.

**Tabla 14:** ¿El equipo le explico acerca de su diagnóstico, tratamiento y cuidados?

<b>¿EL EQUIPO LE EXPLICO ACERCA DE SU DIAGNOSTICO, TRATAMIENTOS Y CUIDADO?</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>Si</b>	73	90.1%	90.1%
<b>No</b>	8	9.9%	100.0%
<b>Total</b>	81	100.0%	100.0%

El 90.1% de los usuarios fueron informados por el equipo de visita domiciliar sobre su diagnóstico de ingreso, el tratamiento a ser sometidos y los cuidados a tener en cuenta sobre el tratamiento, alimentación y actividades a realizar, solo el 9.9% de los usuarios no se les explico mucho sobre su tratamiento debido a que puede ser que el médico tratante ya lo hubiese hecho antes.

**Tabla 15:** ¿El equipo le explico acerca de normas y reglas del programa de visita domiciliar?

<b>¿EL EQUIPO LE EXPLICO ACERCA DE LAS NORMAS Y REGLAS DEL PROGRAMA DE VISITA DOMICILIAR?</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>Si</b>	55	67.9%	67.9%
<b>No</b>	26	32.1%	100.0%
<b>Total</b>	81	100.0%	100.0%

El 67.9% de los usuarios si fueron informados acerca de las normas y reglas del programa de visita domiciliar para tener precaución en no infringir alguna de ellas, en cambio el 32.1% de los usuarios no fueron informados.

**Tabla 16:** ¿Cómo fue el trato del equipo, durante la visita en su domicilio?

<b>¿COMO FUE EL TRATO DEL EQUIPO, DURANTE LA VISITA EN SU DOMICILIO?</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>EXCELENTE</b>	71	87.7%	87.7%
<b>BUENO</b>	10	12.3%	100.0%
<b>REGULAR</b>	0	0.0%	100.0%
<b>MALO</b>	0	0.0%	100.0%
<b>Total</b>	81	100.0%	100.0%

Todos los usuarios lo consideraron aceptable y satisfactorio el trato recibido por parte del equipo de visita domiciliar en cada una de sus visitas y ningún usuario lo considero malo.

**Tabla 17:** ¿Considera que los miembros del equipo mostraron interés para brindarle un servicio de calidad?

<b>¿CONSIDERA QUE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO MOSTRARON INTERÉS PARA BRINDARLE UN SERVICIO DE CALIDAD?</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>Si</b>	79	97.5%	97.5%
<b>No</b>	2	2.5%	100.0%
<b>Total</b>	81	100.0%	100.0%

El 97.5% de los usuarios considero que los miembros del equipo de la visita domiciliar si mostraron un interés por brindarle un servicio de calidad, solo el 2.5% de los usuarios considero que no.

**Tabla 18:** ¿Considera que los miembros del equipo fueron responsables en su atención?

<b>¿CONSIDERA QUE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO FUERON RESPONSABLES EN SU ATENCIÓN?</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>Si</b>	80	98.8%	98.8%
<b>No</b>	1	1.2%	100.0%
<b>Total</b>	81	100.0%	100.0%

El 98.8% de los usuarios considero que los miembros del equipo si fueron responsables en su atención al diagnóstico de ingreso tanto en su tratamiento como cuidador, esto significa una excelente atención a casi todos los usuarios del programa.

**Tabla 19:** ¿En general, como considera la atención del equipo de la visita domiciliar?

<b>¿EN GENERAL, COMO CONSIDERA LA ATENCIÓN DEL EQUIPO DE LA VISITA DOMICILIAR?</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>EXCELENTE</b>	75	92.6%	92.6%
<b>BUENO</b>	6	7.4%	100.0%
<b>REGULAR</b>	0	0.0%	100.0%
<b>MALO</b>	0	0.0%	100.0%
<b>Total</b>	81	100.0%	100.0%

El 92.6% de los usuarios considero la atención del equipo de la visita domiciliar como excelente y 7.4% como buena, esto significa una aprobación total con respecto a la atención recibida.

**Tabla 20:** ¿Recomendaría a otra persona el servicio de visita domiciliar?

<b>¿RECOMENDARÍA A OTRA PERSONA EL SERVICIO DE VISITA DOMICILIAR?</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>Si</b>	81	100.0%	100.0%
<b>No</b>	0	0.0%	100.0%
<b>Total</b>	81	100.0%	100.0%

Todos los usuarios que han sido atendidos por este programa están satisfechos con él y por tanto, si lo recomendarían el programa de la visita domiciliar a familiares, amigos y conocidos.

**Tabla 21:** ¿Si tuviera nuevamente un quebranto de salud, solicitaría nuevamente este servicio?

<b>¿SI TUVIERA NUEVAMENTE UN QUEBRANTO DE SALUD, SOLICITARÍA NUEVAMENTE ESTE SERVICIO?</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>Si</b>	80	98.8%	98.8%
<b>No</b>	1	1.2%	100.0%
<b>Total</b>	81	100.0%	100.0%

El 98.8% de los usuarios considero que si tuviera nuevamente un quebranto de salud, solicitaría nuevamente este servicio ya que están satisfechos con la atención brindada, los cuidados, el tratamiento y la responsabilidad por parte del equipo de visita domiciliar.

**Tabla 22:** ¿Está satisfecho con la atención que le brindo el equipo de la visita domiciliar?

<b>¿ESTA SATISFECHO CON LA ATENCIÓN QUE LE BRINDO EL EQUIPO DE VISITA DOMICILIAR?</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>Si</b>	81	100.0%	100.0%
<b>No</b>	0	0.0%	100.0%
<b>Total</b>	81	100.0%	100.0%

Todos los usuarios están satisfechos con la atención recibida y brindada por el equipo de visita domiciliar y por tanto se puede comprobar que el nivel de satisfacción de los usuarios con el programa está entre muy bueno y excelente según las respuestas de todas las interrogantes anteriores.

## CRUCE DE VARIABLES

**Tabla 23:** El nivel de satisfacción con la atención recibida vs. Sexo del usuario.

<b>¿ ESTA SATISFECHO CON LA ATENCIÓN QUE LE BRINDO EL EQUIPO DE VISITA DOMICILIAR?</b>	<b>Femenino</b>	<b>Masculino</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Si</b>	43	38	81
<b>No</b>	0	0	0
<b>TOTAL</b>	43	38	81

Tantos hombres como mujeres están satisfechos con la atención recibida por parte del equipo de la visita domiciliar.

**Tabla 24:** El nivel de satisfacción con la atención recibida vs. Edad del usuario.

<b>EDAD:</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>TOTAL</b>
<b>&gt;20 – 30</b>	6	0	6
<b>&gt;30 – 40</b>	11	0	11
<b>&gt;40 – 50</b>	9	0	9
<b>&gt;50 – 60</b>	8	0	8
<b>&gt;60 – 70</b>	15	0	15
<b>&gt;70 – 80</b>	16	0	16
<b>&gt;80 – 90</b>	15	0	15
<b>&gt; 90 – 100</b>	1	0	1
<b>TOTAL</b>	81	0	81

Todos los usuarios sin importar su edad están satisfechos con la atención recibida por parte del equipo de la visita domiciliar.



**Tabla 25:** El nivel de atención recibida vs. el sexo del usuarios.

<b>¿EN GENERAL, COMO CONSIDERA LA ATENCIÓN DEL EQUIPO DE LA VISITA DOMICILIAR?</b>			
<b>SEXO:</b>	<b>EXCELENTE</b>	<b>BUENO</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Femenino</b>	39	4	43
<b>Masculino</b>	36	2	38
<b>TOTAL</b>	75	6	81

El nivel de atención por el equipo de la visita domiciliar fue evaluado por la mayoría de hombres y de mujeres con una calificación de excelente.

**Tabla 26:** El nivel de atención recibida vs. Edad del usuario.

<b>EDAD:</b>	<b>EXCELENTE</b>	<b>BUENO</b>	<b>TOTAL</b>
<b>&gt;20 – 30</b>	5	1	6
<b>&gt;30 – 40</b>	9	2	11
<b>&gt;40 – 50</b>	9	0	9
<b>&gt;50 – 60</b>	8	0	8
<b>&gt;60 – 70</b>	14	1	15
<b>&gt;70 – 80</b>	15	1	16
<b>&gt;80 – 90</b>	14	1	15
<b>&gt;90 – 100</b>	1	0	1
<b>TOTAL</b>	75	6	81

El nivel de atención ha sido evaluado como excelente por la mayoría de usuarios de todas las edades.

**Tabla 27:** El trato recibido vs. Sexo de los usuarios.

<b>¿COMO FUE EL TRATO DEL EQUIPO, DURANTE LA VISITA EN SU DOMICILIO?</b>	<b>Femenino</b>	<b>Masculino</b>	<b>TOTAL</b>
<b>EXCELENTE</b>	38	33	71
<b>BUENO</b>	5	5	10
<b>REGULAR</b>	0	0	0
<b>MALO</b>	0	0	0
<b>TOTAL</b>	43	38	81

El trato por parte del equipo de la visita domiciliar ha sido igual de excelente tanto para hombres como mujeres, sin discriminación o favoritismo.

**Tabla 28:** Solicitaría nuevamente este servicio vs. El trato recibido durante las visitas del equipo.

<b>¿Cómo fue el trato del equipo, durante la visita en su domicilio?</b>	<b>Solicitaría nuevamente este servicio</b>		
	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>TOTAL</b>
<b>EXCELENTE</b>	71	0	71
<b>BUENO</b>	9	1	10
<b>REGULAR</b>	0	0	0
<b>MALO</b>	0	0	0
<b>TOTAL</b>	80	1	81

La mayoría de usuarios volverían a solicitar este servicio, ya que casi todos los usuarios lo consideraron excelente, en cambio diez usuarios lo consideraron como bueno y nadie lo considero como malo, solo existe un dato aislado el cual considero el trato recibido por el equipo de la visita domiciliar fue bueno, pero que no volvería a solicitar nuevamente este servicio.

**Tabla 29:** Solicitaría nuevamente este servicio vs. La muestra de interés por parte de los miembros del equipo.

¿Considera que los miembros del equipo mostraron interés para brindarle un servicio de calidad?	Si tuviera nuevamente un quebranto de salud solicitaría este servicio de nuevo		
	Si	No	TOTAL
<b>Si</b>	79	0	79
<b>No</b>	1	1	2
<b>TOTAL</b>	80	1	81

La mayoría de usuarios solicitarían nuevamente este servicio ya que consideraron que el equipo de la visita domiciliar mostro un interés por brindarle un servicio de calidad, en cambio uno de los dos usuarios que respondieron que el equipo no mostro interés por brindarle un servicio de calidad ya no lo volvería a solicitar.

**Tabla 30:** Está satisfecho con la atención recibida vs. Solicitaría nuevamente este servicio.

¿Está satisfecho con la atención que le brindo el equipo de visita domiciliar?	Solicitaría nuevamente este servicio		
	Si	No	TOTAL
Si	80	1	81
No	0	0	0
<b>TOTAL</b>	80	1	81

Al igual que en la Tabla 28 todos están satisfechos con la atención brindada por parte del equipo de la visita domiciliar y por tanto solicitarían nuevamente este servicio al tener quebranto de salud, en cambio solo un usuarios dijo que no.

**Tabla 31:** Diagnostico de ingreso al programa vs. Días posteriores a su alta hospitalaria que fue visitado por el equipo.

¿Cuál fue el Diagnostico de ingreso al programa de visita domiciliar?	¿Cuántos días posteriores a su alta hospitalaria, fue visitado por el equipo de visita domiciliar?				
	DE 1 A 3 DÍAS	DE 4 A 6 DÍAS	DE 7 A 10 DÍAS	MAYOR DE 10 DÍAS	TOTAL
<b>Aneurisma Disecante de la Aorta Ascendente</b>	1	0	0	0	1
<b>Arritmia Cardiaca</b>	0	1	0	0	1
<b>Bronconeumonía Bilateral</b>	4	0	0	0	4

¿Cuál fue el Diagnóstico de ingreso al programa de visita domiciliar?	¿Cuántos días posteriores a su alta hospitalaria, fue visitado por el equipo de visita domiciliar?				
	DE 1 A 3 DÍAS	DE 4 A 6 DÍAS	DE 7 A 10 DÍAS	MAYOR DE 10 DÍAS	TOTAL
<b>Cancer de Mama</b>	0	1	0	0	1
<b>Cancer de Piel</b>	0	1	0	0	1
<b>Cancer de Próstata</b>	1	0	0	0	1
<b>Cancer de Pulmón</b>	1	0	0	0	1
<b>Cancer Gástrico</b>	1	0	0	0	1
<b>Cancer Hepática</b>	1	0	0	0	1
<b>Cuadriplejia por Herida de Proyectoil de Arma de Fuego</b>	0	1	0	0	1
<b>Diabetes tipo II</b>	3	2	0	0	5
<b>Enfermedad de Alzheimer</b>	0	1	0	0	1
<b>Esclerosis Múltiple</b>	1	0	0	0	1
<b>Evento Cerebrovascular</b>	2	4	1	0	
<b>Evento Cerebrovascular Isquémico</b>	0	1	0	0	1
<b>Fractura de Cadera Derecha</b>	1	0	0	0	1
<b>Fractura de Fémur Derecho</b>	0	1	0	0	1
<b>Fractura de Tibia Izquierda</b>	1	0	0	0	1
<b>Fractura de Tibia y Peroné Derecho</b>	1	0	0	0	1
<b>Fractura de Tobillo Derecho</b>	1	0	0	0	1
<b>Hipertensión Arterial</b>	4	0	1	0	5
<b>Infección de Sitio Quirúrgico por</b>	1	0	0	0	1

¿Cuál fue el Diagnóstico de ingreso al programa de visita domiciliar?	¿Cuántos días posteriores a su alta hospitalaria, fue visitado por el equipo de visita domiciliar?				
	DE 1 A 3 DÍAS	DE 4 A 6 DÍAS	DE 7 A 10 DÍAS	MAYOR DE 10 DÍAS	TOTAL
<b>Apendicetomía</b>					
<b>Infección de Vías Urinarias</b>	4	0	0	0	4
<b>Infección del Sitio Quirúrgico por Cesárea Baja Transversa</b>	1	0	0	0	1
<b>Infección del Sitio Quirúrgico por Colectomía</b>	2	0	0	0	2
<b>Insuficiencia Renal Crónica</b>	1	1	0	0	2
<b>Lupus</b>	0	0	1	0	1
<b>Osteomielitis Pierna Derecha</b>	1	0	0	0	1
<b>Osteomielitis pierna Izquierda</b>	1	0	0	0	1
<b>Pie Diabético Derecho</b>	2	0	0	0	2
<b>Pie Diabético Izquierdo</b>	11	1	0	0	12
<b>Politraumatizado</b>	2	0	0	0	2
<b>Quemada Grado II en Abdomen</b>	1	0	0	0	1
<b>Sarcoma de Bajo Grado en Pie Izquierdo</b>	1	0	0	0	1
<b>SIDA</b>	1	0	0	0	1
<b>Síndrome de Guillan Barre</b>	0	0	0	1	1
<b>Síndrome Vertiginoso</b>	0	0	0	1	1
<b>Trauma Pélvico</b>	0	1	0	0	1

¿Cuál fue el Diagnostico de ingreso al programa de visita domiciliar?	¿Cuántos días posteriores a su alta hospitalaria, fue visitado por el equipo de visita domiciliar?				
	DE 1 A 3 DÍAS	DE 4 A 6 DÍAS	DE 7 A 10 DÍAS	MAYOR DE 10 DÍAS	TOTAL
Trauma Vertebro Medular	0	1	0	0	1
Trombosis Venosa Profunda	1	0	0	0	1
Ulcera Sacra por Presión	2	2	0	0	4
Ulcera Varicosa de Miembro Inferior Derecho	0	1	0	0	1
Ulcera Vascular de Pierna Izquierda	1	0	0	0	1
<b>TOTAL</b>	56	20	3	2	81



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA  
CENTRO DE INVESTIGACIONES DE ESTUDIOS DE LA SALUD  
MAESTRÍA DE SALUD PÚBLICA



ENCUESTA PARA LOS USUARIOS Y USUARIAS DEL PROGRAMA DE VISITA DOMICILIAR ‘EL ISSS EN SU CASA’, HOSPITAL REGIONAL ISSS SAN MIGUEL.

OBJETIVO: CONOCER EL GRADO DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS Y USUARIAS DEL PROGRAMA DE VISITA DOMICILIAR EL ISSS EN SU CASA.

Número de Encuesta:

Fecha de Llenado:

Datos Generales

Dirección: \_\_\_\_\_

Procedencia: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Religión: \_\_\_\_\_

1. ¿Cómo se enteró de la existencia del programa de la Visita Domiciliar?
  - a. Médico Tratante
  - b. Enfermera
  - c. Trabajador Social
  - d. Otros
  
2. ¿La información que se le brindo acerca del programa fue?
  - a. Completa
  - b. Incompleta



3. ¿Al ingresar al programa de visita domiciliar como usuario, firmo usted o su responsable un documento de aceptación para recibir tratamiento en su domicilio?
  - a. Si
  - b. No
  
4. ¿Cuál fue el Diagnostico de ingreso al programa de visita domiciliar?  
\_\_\_\_\_.
  
5. ¿Cuántos días posteriores a su alta hospitalaria, fue visitado por el equipo de visita domiciliar?
  - a. De 1 a 3 días
  - b. De 4 a 6 días
  - c. De 7 a 10 días
  - d. Mayor de 10 días
  
6. ¿Cómo le pareció ese tiempo para su primera visita?
  - a. Aceptable
  - b. No Aceptable
  
7. ¿El equipo de visita domiciliar se presentó con Ud.?
  - a. Si
  - b. No
  
8. ¿El equipo le puso atención a sus dolencias, diferentes al diagnóstico principal de ingreso al programa?
  - a. Si
  - b. No

9. ¿El equipo la o lo identifico por su nombre?
- a. Si
  - b. No
10. ¿El equipo le explico acerca de su diagnóstico, tratamiento y cuidados?
- a. Si
  - b. No
11. ¿El equipo le explico acerca de normas y reglas del programa de visita domiciliar?
- a. Si
  - b. No
12. ¿Cómo fue el trato del equipo, durante la visita en su domicilio?
- a. Excelente
  - b. Bueno
  - c. Regular
  - d. Malo
13. ¿Considera que los miembros del equipo mostraron interés para brindarle un servicio de calidad?
- a. Si
  - b. No
14. ¿Considera que los miembros del equipo fueron responsables en su atención?
- a. Si
  - b. No

15. ¿En general, como considera la atención del equipo de la visita domiciliar?
- a- Excelente
  - b- Bueno
  - c- Regular
  - d- Malo
16. ¿Recomendaría a otra persona el servicio de visita domiciliar?
- a- Si
  - b- No
17. ¿Si tuviera nuevamente un quebranto de salud, solicitaría nuevamente este servicio?
- a- Si
  - b- No
18. ¿Está satisfecho con la atención que le brindo el equipo de la visita domiciliar?
- a- Si
  - b- No
19. ¿Qué otros servicios del área médica le solicitaría al equipo de visita domiciliar?
- Marque con una x el o los servicios que desea.
- a- Entrega de Medicamento a Domicilio
  - b- Toma de Exámenes
  - c- Fisioterapia
  - d- Terapia Psicológica
  - e- Adecuación de dietas por Nutricionista

Nota: Para valorar niveles de Excelente tenemos los valores de 9-10, Bueno de 7-8, Regular de 5-6 y Malo de 1-4