

Visita domiciliaria: un espacio para la adquisición y modificación de prácticas en salud¹

Guevara Francesa, Giancarlo²
Solís Cordero, Katherine³

Institución: Universidad de Costa Rica

RESUMEN

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. 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. 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. 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.

Palabras clave: atención-primaria-de-salud; enfermería-en-salud-comunitaria; salud-pública; técnicos-medios-en-salud; visita-domiciliaria.

¹ **Fecha de recepción:** 31 agosto del 2017

Fecha aceptación: 15 de noviembre del 2017

² Enfermero. Magister en Salud Pública. Coopesalud. Costa Rica. Correo electrónico: gian4418@gmail.com

³ Enfermera. Magister en Salud Pública. Universidad de Costa Rica. Costa Rica. Correo electrónico: katherine.soliscordero@ucr.ac.cr

Home visit: a place for the acquisition and modification of health practices¹

Guevara Francesa, Giancarlo²
Solís Cordero, Katherine³

Institution: University of Costa Rica

ABSTRACT

The home visit made by the technical assistant of primary health care (ATAPS), corresponds to the main primary care activity developed in Costa Rica, whose main task is to provide information and recommendations on health education to users. Regarding the above, the objective of this research is to determine the knowledge and the modification in the lifestyles that people make after the ATAPS visit. The design of the study was qualitative, analytical and observational. For the data collection, in-depth interviews were applied to the users visited and a focus group was made with the ATAPS. For the analysis of the data, categories of analysis were established from the methodology of the grounded theory. It was identified that users report a greater acquisition of knowledge when addressing issues such as dengue, vaccination, hand washing, vaginal cytology and healthy eating and a significant predominance of the housewife in the participation of this activity, which in the end limits the transmissibility of the information to the rest of the members. With respect to the modification of practices, most people express changes in healthy lifestyles and greater facilities for access to health services. It is concluded that it is important to understand the home visit as a means of approximation between families and the health system, which favors access to health services, while providing an instrument that meets the needs.

Keywords: allied-health-personnel; home-visit; nursing-in-health-community; primary-health-care; public-health.

¹ **Date of receipt:** August 31, 2017

Date of acceptance: November 15, 2017

² Nurse. Master in Public Health. Coopesalud. Costa Rica. E-mail: gian4418@gmail.com

³ Nurse. Master in Public Health. University of Costa Rica. Costa Rica. E-mail: katherine.soliscordero@ucr.ac.cr

Visita domiciliar: um espaço para a aquisição e modificação de práticas de saúde¹.

Guevara Francesa, Giancarlo²
Solís Cordero, Katherine³

Instituição: Universidade da Costa Rica

RESUMO

A visita domiciliária feita pelo auxiliar técnico de cuidados de saúde primários (ATAPS) corresponde à principal atividade de atenção primária desenvolvida na Costa Rica, cuja principal tarefa é fornecer informações e recomendações sobre educação em saúde aos usuários. No que se refere ao acima, o objetivo desta pesquisa é determinar o conhecimento e a modificação nos estilos de vida que as pessoas fazem após a visita ATAPS. O design do estudo foi qualitativo, analítico e observacional. Para a coleta de dados, foram aplicadas entrevistas em profundidade aos usuários visitados e um grupo focal foi feito com o ATAPS. Para a análise dos dados, as categorias de análise foram estabelecidas a partir da metodologia da teoria fundamentada. Foi identificado que os usuários relatam uma maior aquisição de conhecimento ao abordar questões como dengue, vacinação, lavagem das mãos, citologia vaginal e alimentação saudável e uma significativa predominância significativa da dona de casa na participação desta atividade, que no final limita a transmissibilidade da informação ao resto dos membros. Com respeito à modificação de práticas, a maioria das pessoas expressa mudanças em estilos de vida saudáveis e maiores facilidades para acesso a serviços de saúde. Conclui-se que é importante compreender a visita domiciliar como meio de aproximação entre as famílias e o sistema de saúde, o que favorece o acesso aos serviços de saúde, ao mesmo tempo que fornece um instrumento que atenda às necessidades.

Palavras-chave: comunidade-de-enfermagem-em-saúde; cuidados-primários-de-saúde; técnicos-meios-em-saúde; saúde-público; visitas-domiciliares.

¹ **Data da recepção:** 31 de agosto de 2017

Data de aceitação: 15 de novembro de 2017

² Enfermeiro. Mestre em Saúde Pública. Coopesalud. Costa Rica. Correio eletrônico: gian4418@gmail.com

³ Enfermeira. Mestre em Saúde Pública. Universidade da Costa Rica. Costa Rica. Correio eletrônico: katherine.soliscordero@ucr.ac.cr

INTRODUCCIÓN

A partir de la Declaración de Alma Ata (1978), surge la atención primaria de salud (APS) como la respuesta ideal para alcanzar la meta de “Salud para todos en el año 2000”, entendiéndose como *la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundamentados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de sus etapas de desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación*¹.

La APS representa el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, al acercar el tema de la salud al lugar donde residen y trabajan las personas y se constituye en el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. Dicha estrategia permitió fortalecer la capacidad de las sociedades para reducir las inequidades en salud, a partir de tres valores fundamentales: derecho al mayor nivel de salud posible, equidad y solidaridad, lo cual implica un nuevo paradigma para mejorar la salud de la población y las políticas sanitarias.

En Costa Rica antes de la Conferencia de Alma Ata en 1978 ya se habían dado los primeros pasos en APS por medio de programas que pretendían la extensión de la cobertura y el acceso a los servicios de salud, como el Programa de Salud Rural y el de Salud Comunitaria Urbano: para su ejecución fue esencial que se formaran, por primera vez en el país, el asistente de salud rural y el asistente de salud comunitaria urbano, quienes luego se llamarían asistentes técnicos de atención primaria en salud (ATAPS) en el año de 1987².

Aproximadamente dos décadas después del surgimiento de la figura del ATAPS, en 1993 se desarrolló la segunda gran reforma del sector salud desde la que se crea el primer nivel de la red de servicios de salud de la Caja Costarricense del Seguro Social constituido por los equipos básicos de atención primaria (EBAIS), formados por un médico, un auxiliar de enfermería, un asistente técnico de atención primaria en salud, un técnico de registros médicos y uno de farmacia, encargados de brindar servicios de promoción de la salud, prevención, curación de la enfermedad y rehabilitación de menor complejidad, a través de programas que se dirigen a la atención de niños, adolescentes, mujeres, adultos y adultos mayores³.

De esta forma, el asistente técnico de atención primaria en salud conocido como ATAPS, es la pieza fundamental del EBAIS, al ejecutar labores de atención en salud básica a nivel domiciliario y comunitario tanto en zonas rurales como urbanas, desde las que se brinda atención a todas las personas que habitan una comunidad, sin importar su condición de aseguramiento, nacionalidad, etnia o género.

Entre las facilidades que generan los programas de visita domiciliaria está la capacidad de trabajar el proceso salud-enfermedad de la población en su hábitat natural, por medio de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, con el fin de brindar herramientas básicas para el empoderamiento en el cuidado de su salud, mientras provocan un intercambio de información, experiencias y habilidades entre el personal y las personas usuarias.

Partiendo de lo mencionado, se afirma que el programa de visita domiciliaria -creado en los años 70- ha generado hasta la actualidad importantes resultados en materia de cobertura y acceso a servicios de salud, así como una

disminución en la incidencia de enfermedades infectocontagiosas e infecciosas con la promoción de la vacunación, desparasitantes y medidas de higiene promovidas por los ATAPS.

Sin embargo, teniendo en cuenta la relevancia de dicho programa y los cambios socioculturales, económicos, ambientales y epidemiológicos que la sociedad costarricense ha experimentado desde su implementación, se consideró necesario identificar y analizar los alcances actuales del programa ejecutado por los ATAPS, específicamente en cuanto a los conocimientos que las personas adquieren al recibir la visita domiciliaria y las modificaciones que realizan a partir de dicha visita.

Para el análisis, se utilizó el modelo de determinantes sociales de la salud, de la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS, como un eje transversal que orienta la investigación, ya que permite contrastar aspectos teóricos como el contexto sociopolítico, los determinantes estructurales e intermedios y los niveles en los cuales pueden abordarse las inequidades en salud con las condiciones en las que viven y trabajan las personas⁴.

El objetivo de la presente investigación fue conocer los alcances en cuanto a la adquisición de conocimiento y la modificación de actividades de las personas participantes del programa de visita domiciliaria, realizada por el asistente técnico de atención primaria, en el área de salud de Pavas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Dadas sus características y fines, este trabajo corresponde a un estudio de tipo analítico, ya que va más allá de la descripción del fenómeno, en términos de la distribución y patrones de ocurrencia de ese fenómeno e intentará analizar las posibles razones que están asociadas al origen de esos patrones⁵, además de que persiguió analizar el alcance de la visita domiciliaria en la salud a nivel individual, familiar y comunal de la población beneficiaria del programa.

Además, es de tipo observacional debido a que no se interviene o manipula el factor de estudio; es decir, se observa lo que ocurre con el fenómeno en condiciones naturales, en la realidad, que –en este caso- corresponde a la percepción del alcance de los usuarios y las usuarias sin la intervención de los investigadores en su realidad⁵.

En cuanto a su enfoque, es cualitativo, el cual permite explorar las experiencias de la gente en su vida cotidiana, de forma que se puede analizar el fenómeno y capturar el significado, dado que los datos son recolectados en forma de sentimientos, conductas, pensamientos, intuiciones, percepciones y acciones.

Para recolectar la información, se aplicó dos técnicas: entrevistas a profundidad entre las personas usuarias y un grupo focal con el personal ATAP que labora para el área de salud.

Para aplicar las entrevistas, se efectuó visitas domiciliarias en las diferentes comunidades adscritas al área de salud de Pavas, durante los meses de octubre y noviembre del 2013; para ello, se elaboró un guía con 15 preguntas y se grabó a los participantes, previo consentimiento informado. Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de una hora y treinta minutos. Para el desplazamiento por la comunidad, el grupo investigador se movilizó caminando en compañía de los ATAPS.

Se aplicó un total de 11 entrevistas a profundidad: 10 correspondieron a mujeres amas de casa, y una, a un hombre trabajador independiente. Todos ellos se ubicaban en un rango de edades entre 25 y 65 años, pertenecientes al área de atracción de la clínica de Pavas.

En cuanto a los criterios de selección, se trabajó con personas usuarias adscritas al sector de Pavas, quienes necesariamente recibirían la visita domiciliaria del asistente técnico de atención primaria del área de salud de Pavas, durante el año 2013. La selección fue intencional, con ayuda de los registros físicos de visita domiciliaria del personal. Respecto del lugar, cabe destacar que, dada la heterogeneidad de condiciones socioeconómicas de Pavas, se consideró personas con diferentes estratos sociales hasta que, a partir de la entrevista ocho, empezaron a repetirse las respuestas de los entrevistados, por lo que el aumento de participantes no garantizaría el surgimiento de nuevas informaciones.

En torno a la segunda técnica, el grupo focal (una entrevista grupal de recolección de datos dirigida por un moderador a través de un guion de temas o de entrevista), participaron los asistentes técnicos de atención primaria. El criterio de selección en los participantes es que tuvieran más de dos años de laborar en la institución y en el programa a partir del que se seleccionó a seis funcionarios (tres hombres y tres mujeres elegidos intencionalmente) a quienes se les realizó nueve preguntas generadoras. El grupo focal tuvo una única sesión, con una duración de dos horas y 36 minutos (grabada en audio, previo consentimiento informado) efectuado durante el mes de diciembre del 2013.

Para efectos de la presentación de las intervenciones de las personas participantes en las entrevistas y el grupo focal, se codificó sus nombres de manera que se salvaguardara su identidad y la confidencialidad de la información que proporcionaron. Los códigos de las personas están compuestos por las iniciales de su nombre y primer apellido e incluyen la abreviatura “dp” (discurso personal). El grupo focal se codificó con el pseudónimo ATAP, con una escala numérica de uno a seis, seguido de la abreviatura “gf” (grupo focal).

El procesamiento de la información obtenida se realizó por medio del programa de análisis cualitativo de datos Atlas ti, una herramienta que organiza la información recabada por medio de la entrevista a los informantes claves y los participantes del grupo focal. En relación con el análisis de los datos, se parte de la teoría fundamentada, la cual establece que el análisis no es un proceso estructurado, estático, o rígido, sino de flujo libre y creativo en el que los analistas van de un lado a otro entre tipos de codificación, usando con libertad técnicas analíticas y procedimientos y respondiendo a la tarea analítica planteada⁶. Para ello se clasifica (agrupa) algunos conceptos de acuerdo con sus propiedades sobresalientes (buscando similitudes y diferencias), las propias clasificaciones de quien investiga, se establece comparaciones teóricas (para plantear preguntas y descubrir propiedades y dimensiones que puedan encontrarse en los datos) para, finalmente, identificar variaciones en los patrones encontrados en los datos⁶.

Consideraciones éticas

En la investigación se consideró principios bioéticos, como la autonomía, dado que las personas participantes del estudio no fueron sometidas a ningún tipo de presión psicológica, por el contrario, su decisión de participar fue voluntaria y tenían el derecho de retirarse o rehusarse a participar en caso de considerarlo necesario; así también, se cumplió con la no maleficencia, puesto que ninguno sufrió algún daño o perjuicio. En cuanto a la justicia, todas las personas fueron tratadas con igualdad y respeto porque se aseguró su confidencialidad, al informarles que su

participación era anónima⁷. El estudio contó con la aprobación del Comité académico local de la clínica de Pavas, administrada por COOPESALUD R.L.

RESULTADOS

A continuación, se presentará los hallazgos del estudio en dos apartados: el primero expone los conocimientos que las personas refieren haber adquirido durante la visita del ATAPS, mientras que el segundo incluye las modificaciones realizadas gracias a la intervención del personal técnico.

Adquisición de conocimientos

El asistente técnico de atención primaria tiene como principal objetivo la visita domiciliaria, que pretende acercar los servicios de salud a los hogares de las personas y sus lugares de trabajo, de manera que se cumpla con una de las funciones principales de la estrategia de atención primaria en salud, la *educación en salud*⁸, definida como las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluido el desarrollo de habilidades personales y la mejora del conocimiento que conlleven a la salud individual y de la comunidad⁹.

La educación en salud brindada por el asistente técnico de atención primaria no se encuentra estandarizada o normada; sin embargo, hay temas esperados que debe tratar durante la visita como respuesta a las necesidades encontradas en las familias de acuerdo con el sexo, grupos etarios, patologías presentadas, condición socioeconómica, factores de riesgo y el perfil epidemiológico del área. Un aspecto que cabe mencionar es que esta educación está delimitada por la formación técnica de este personal.

Al interrogar a la población entrevistada sobre los temas tratados por el asistente técnico de atención primaria, durante su visita domiciliaria, hubo mayor coincidencia en tópicos específicos como el dengue, la vacunación, el lavado de manos, la citología vaginal y una alimentación saludable, respuestas que podrían asociarse a dos factores: la gran importancia que tienen estos temas para la población o por ser los que más abordan los técnicos durante la visita. Asimismo, las personas usuarias destacan otros temas como el autoexamen de mamas, mamografía, planificación familiar, prevención de enfermedades crónicas (actividad física), control médico, prevención de diarreas, prevención de tuberculosis y el protocolo de tos y estornudo.

Con respecto a la distribución por sexo de las personas entrevistadas, el 91% correspondió a mujeres amas principales participantes de la visita domiciliaria, lo cual, evidentemente, se asocia a la presencia de las mujeres en sus viviendas durante las horas de la mañana, periodo en el que el ATAPS realiza la visita domiciliaria. Por otro lado, a pesar de contar con la participación de hombres durante la visita, la información brindada por el ATAPS estuvo centrada en el abordaje del ama de casa, por medio de temáticas sanitarias asociadas con la salud sexual y reproductiva de la mujer.

En cuanto a la transmisión de la información por grupos etarios, las personas entrevistadas aseguran es dirigida a la población adulta, lo cual se expresa en la siguiente cita: (...) *estaba mi nieta de 5 años, pero con ella no habló ningún tema en realidad* (MD, 2013: dp).

Teniendo en cuenta el tema de la transmisibilidad de la información, el personal técnico refiere que el mensaje en educación sanitaria debe ser conciso y presentado en forma comprensible: al respecto, asegura que cuanto más

conozca el ATAPS a su población, más posibilidades tendrá de encontrar las mejores formas de comunicarse con ella, como menciona un participante del grupo focal: *no es lo mismo dar educación en Rohrmoser que en un precario, la educación que uno va a dar tiene que partir de las características que hay en esa casa* (ATAPS02, 2013: gf). De igual forma, agregan que la comprensión del mensaje y la adquisición de conocimientos puede relacionarse estrechamente con la metodología y técnicas utilizadas para brindar educación por parte del técnico, como una de ellos refiere: *Es como yo se lo diga o transmita, si lo hago robóticamente, entra y sale por aquí o tal vez ni siquiera le entre* (ATAPS01, 2013: gf).

En torno a los intercambios, si bien es cierto el habla es el medio de comunicación más común, existen muchos otros como escritura, los gestos con las manos y el cuerpo, el dibujo, por lo que *se necesitan técnicas de comunicación para brindar educación en salud: existen diversos métodos, medios de información y técnicas que pueden emplearse para transmitir mensajes de salud*¹⁰.

Para todos los entrevistados, la información del ATAPS es importante, lo cual confirman cuando mencionan que esa interacción les da la oportunidad de aprender sobre temas nuevos en salud y aclarar dudas o reforzar conocimientos sobre temas conocidos. Lo anterior se fundamenta en las siguientes citas: *A veces hay cosas que uno no sabe bien, por qué hay que hacerlas como el PAP o la mamografía, uno se los hace pero hay cosas que uno no sabe que cuando ellos vienen le explican mucho mejor para que uno entienda* (GL, 2013: dp).

Al consultar sobre la importancia de las tareas que realiza el ATAPS durante la visita, las personas participantes tienden a dar mayor reconocimiento a aquellas relacionadas con la prevención de enfermedades como la vacunación, la entrega de referencias para citología vaginal o control médico y la entrega de desparasitantes. La situación anterior respalda el hecho de una baja transmisibilidad de temas de promoción de la salud hacia la familia ya que, de acuerdo con las respuestas obtenidas, en cuanto a temas de salud, afirman no replicar la información brindada por el ATAPS, mas sí informaron a sus familiares sobre aspectos como vacunación, desparasitación y referencias, elementos que asocian a un mayor bienestar y salud (información considerada de gran relevancia para los familiares).

La atención primaria de salud renovada presenta la orientación familiar y comunitaria como elemento fundamental para promover el autocuidado individual, familiar y comunitario; por lo tanto, la educación brindada por el ATAPS basada en las necesidades en salud de la familia pretende mejorar la condición de salud, tanto individual como familiar¹¹.

Modificación de prácticas

Los resultados en cuanto a este aspecto muestran cambios en las prácticas de las personas entrevistadas; no obstante, hay casos que refieren no haber hecho ninguna modificación.

Con respecto a las modificaciones de prácticas individuales, la mayoría realizó cambios en aspectos asociados con estilos de vida saludables como la alimentación y el ejercicio: lo anterior concuerda con lo mencionado en torno a los temas en salud tratados por el ATAPS durante la visita domiciliaria, entre la que sobresale lo vinculado a nutrición y actividad física; por lo tanto, esta modificación de prácticas puede asociarse a la adquisición de conocimientos durante el desarrollo de la atención domiciliaria. La siguiente cita ejemplifica lo expuesto: *Ese día*

ella nos habló mucho de la alimentación porque mi esposo es de presión alta, entonces para que no sea diabético también, entonces ahora comemos menos arroz, le quito el pellejo al pollo y tratamos de comer más verduritas y frutas también (IS, 2013: dp).

Además, en las respuestas brindadas en cuanto a la modificación de prácticas, sobresalió la realización del autoexamen de mamas por parte de las mujeres quienes consideran que, debido a la gran influencia de los medios de comunicación y a los altos índices de cáncer de mama que se presentan en el país, recibir la educación brindada por el ATAPS les permite aprender la forma y el momento correcto para hacerlo, así como aclarar dudas existentes, sobre lo que no de ellas comentó: *Yo antes creía que el autoexamen de mamas uno se lo podía hacer en cualquier momento del mes, yo me lo hacía cuando me iba a venir la menstruación que era cuando me sentía las pelotitas o molestias o así pero aprendí que más bien ese no es el momento (MT, 2013: dp).*

Sin embargo, reconocen que es una práctica difícil de mantener en el tiempo ya que tienden a olvidar la examinación de sus pechos y porque el palpar dificulta identificar anormalidades que pueden asociarse a cáncer de mamas.

Otro aspecto importante en el cual se pudo observar una significativa modificación de prácticas fue en la asistencia a controles médicos y en la eliminación de criaderos del dengue, como respuesta al incremento en la incidencia de casos de dengue en el área de Pavas y el consecuente e intenso trabajo ejecutado por el personal técnico, en materia de vigilancia epidemiológica y educación sobre prevención del dengue durante la visita domiciliaria.

A pesar de los cambios, hubo casos específicos que se destacaron por no realizar modificaciones en sus conductas, situaciones que se relacionaron con omisiones en el seguimiento de los controles médicos, pese a las referencias del ATAP, valores alterados en la presión arterial o citologías vaginales pendientes, así como otras asociadas a la jornada laboral: *No fui a tomarme la presión porque no me sentía mal. Además es puro descuido de uno porque ellos me explicaron todo, me hablaron de derrames y paros cardiacos, no fue descuido de ellos sino mío porque no sentí nada. Mi mamá es de presión alta y yo la veo cuando ella se siente mal como se pone y yo no estaba así (MT, 2013: df).*

Estas causas reafirman la percepción de la población sobre el uso de servicios de salud prioritariamente en situaciones de enfermedad, lo cual significa que se obvia las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

En cuanto a la modificación de prácticas de los y las familiares a quienes las personas entrevistadas les transmitieron la información que le proporcionó el ATAPS, se identificó cambios relacionados con alimentación sana, vinculado principalmente a las amas de casa, por ser las encargadas de preparar los alimentos.

Consecuentemente, en los casos expuestos la familia ha constituido un factor protector para el cuidado de la salud de los miembros, lo cual se presenta en la siguiente cita: *Como mi esposo es diabético, ella nos dijo que tengo que tener mucho cuidado con la sal, el azúcar y la grasa, que tengo que cocinar poco con esas cosas. Entonces yo tengo cuidado de no usar mucho eso... (PT, 2013: df)*

Otro aspecto fundamental relacionado con las prácticas en la familia fue la actividad física: algunos miembros de las familias iniciaron la práctica de ejercicios como caminar, correr y nadar, con el fin de mejorar su calidad de

vida, al reconocer los beneficios del ejercicio para su salud, así como la del autoexamen de mamas y testicular, de las que hay un incremento y una mayor concientización de las personas usuarias.

Por último, en cuanto al uso de las referencias para los familiares, entregadas a las personas entrevistadas que recibieron la visita domiciliaria, se identificó una mayor anuencia a asistir a los servicios de salud, gracias al uso de este recurso.

Durante el desarrollo del grupo focal, los ATAPS reconocieron que su accionar es limitado por políticas y decisiones que se toman en niveles superiores que tienen un impacto directo en su intervención a nivel domiciliario, y así lo plasman en el siguiente comentario:

El sistema como tal, la estructura que tiene se ha convertido en una barrera para nosotros, si hiciéramos un FODA encontraríamos más debilidades que fortalezas; el sistema nos limita el trabajo en la visita domiciliar. Es tan difícil que nosotros conocemos las instituciones y organizaciones que brindan ayuda donde podemos guiar a estas personas, sin embargo, si vemos a lo interno de la clínica, qué recursos tenemos nosotros para ayudar a estas personas nos sentimos atados de manos, entonces, sí hay grandes problemas en atención primaria, busco dar soluciones a situaciones que no puedo por la gran barrera que tengo encima (ATAPS 05, 2013: gf).

Estas manifestaciones permiten constatar la percepción que tienen los ATAPS sobre las limitaciones al tratar de abordar las necesidades de la población, ya sea por aspectos de organización y estructura del mismo sistema de salud, como por la influencia de los determinantes sociales en la salud de la población.

DISCUSIÓN

Como una estrategia de la promoción de la salud, la educación en salud implica no solo transmitir información, sino el desarrollo y modificación de prácticas dirigidas a lograr cambios que favorezcan el mantenimiento y/o mejoramiento de la salud. Paralelamente, la educación en salud permite acercarse a factores y comportamientos de riesgo para evitar la aparición de enfermedades, su avance y posibles consecuencias.

Partiendo de los resultados de la recolección de datos se afirma que el ATAPS aborda temas relacionados con salud sexual y reproductiva de la mujer, enfermedades crónicas, vigilancia epidemiológica y promoción de la salud con mayor intensidad durante el desarrollo de la visita domiciliaria, temáticas que tanto las personas usuarias como el mismo personal técnico identificaron como prioritarias en la determinación de aspectos por tratar durante la atención domiciliaria.

Sin embargo, la modificación de dichas prácticas depende de múltiples determinantes sociales, tanto a nivel individual como familiar, dentro de los que se detalla el nivel de escolaridad, condiciones socioeconómicas y culturales, así como aspectos propios del sector como la alta densidad poblacional, hacinamiento, malos hábitos en el almacenaje y preparación de alimentos, las conexiones ilegales para el suministro de agua por parte de los habitantes de los precarios y el insuficiente e inadecuado lavado de manos y de otras medidas de prevención.

La temática de citología vaginal y vacunación se relaciona con el cumplimiento de las coberturas, mientras que la alimentación saludable representa uno de los principales cuidados para la prevención de enfermedades crónicas.

Asimismo, y según se detalla en el apartado de resultados correspondiente a modificación de prácticas, intervenciones como la importancia de la valoración mamaria y cómo realizarla, se consideran uno de los temas mayormente tratados por el personal técnico y una de las principales recomendaciones seguidas por la población femenina. Tanto el autoexamen de mamas como las de los testículos, responden a modificaciones en factores individuales y estilos de vida, para lo cual las personas, por medio de la adquisición de conocimientos, desarrollan habilidades que les permiten tomar decisiones que las convierten en gestoras del autocuidado de su salud.

En cuanto a la vigilancia epidemiológica, pese al trabajo del área de salud, es fundamental recalcar que la presencia de criaderos del *Aedes aegypti* puede vincularse con la poca articulación que existe entre los diferentes actores del sistema de salud como Acueductos y Alcantarillados, la Municipalidad, el Ministerio de Salud, los centros educativos, la comunidad y el centro de salud. De lo anterior se concluye que no se está cumpliendo con el principio de intersectorialidad de un sistema de salud basado en la atención primaria de salud, debido a que no existe una articulación que permita brindar una atención en salud por parte de todas las instituciones y organizaciones que conforman el sistema de salud¹¹.

En torno a las prácticas en las que más se identificó limitaciones para realizar cambios se encuentra la práctica de ejercicio, respecto de la que el trabajo funge como un determinante social de la salud que restringe dicha actividad, ya que los horarios laborales y las largas jornadas de trabajo les imposibilita tener tiempo para ejercitarse. Aunado a ello, cabe destacar que en los lugares de trabajo no se promueven espacios ni tiempo para la realización de actividad física.

Otro factor que limita la modificación de conductas sobre actividad física es la inseguridad ciudadana que caracteriza a determinados sectores del área de salud, por lo que consideran que salir de sus viviendas es un factor de riesgo que atenta contra su bienestar.

Por otro lado, en lo concerniente a las principales tareas ejecutadas por el personal técnico durante la atención en el domicilio, las personas usuarias identificaron la entrega de referencias, lo que guarda una estrecha relación con el concepto de salud de la población asociado al enfoque curativo promovido por el sistema de salud costarricense; sin embargo, es importante identificar la referencia como una herramienta que, desde la óptica de determinantes sociales de la salud, amplía la cobertura de servicios y, por ende, el acceso a los centros de salud.

Las prácticas de salud personal comprenden las decisiones y conductas individuales de la gente que afectan su salud directamente, por lo tanto, hay factores individuales que inciden en el comportamiento de las personas con respecto al cuidado de su propia salud más que los determinantes de la salud de otros niveles¹².

Con respecto a los resultados según el sexo de las personas entrevistadas, se muestra la influencia del género como un determinante estructural de la salud, con consecuencias e implicaciones diferentes para mujeres y hombres. Por otro lado, muchas de las cuestiones de salud son función de roles o estatus basados en el género, debido a que las mujeres tienden a dar mayor importancia a las acciones de promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad que el género masculino¹³. Lo anterior se evidencia en la oferta y demanda de los servicios de salud dirigidos principalmente a la población femenina, quienes tienen una mayor tendencia a visitarlos, lo cual produce inequidades en términos de acceso a servicios de salud, reflejado en una mayor inclinación de la esperanza de vida hacia las mujeres, con respecto a los hombres.

Con respecto al énfasis de educación proporcionado a las amas de casa, es importante la intervención en la población infantil y adolescente durante la visita, ya que para el área de salud entrevistada hay una prevalencia significativa de casos de parasitosis, diarreas, drogadicción y embarazo en adolescencia, lo que hace necesario el desarrollo de estrategias en educación en salud que minimicen el impacto que genera esta problemática¹⁴.

De igual manera, para referirse al binomio salud-enfermedad y al proceso anexo que conlleva la educación en salud, es necesario tomar en cuenta factores económicos y la situación social y cultural de las personas participantes visitadas por los asistentes técnicos de atención primaria en salud, los cuales se constituyen en determinantes estructurales de la salud que influyen en la adquisición de conocimientos ya que, según exponen, las personas que poseen un mayor nivel de formación tienen mayores probabilidades de optar por empleos y puestos de trabajo con mejor remuneración económica que les permita acceder a mejores oportunidades para aplicar en su vida diaria la información y conocimientos adquiridos durante la visita del asistente técnico de atención primaria en salud¹⁵.

Al mismo tiempo, es importante efectuar una revisión de la didáctica que se está utilizando para transmitir la información en salud durante la visita domiciliaria con el fin alcanzar el objetivo final, la adquisición de conocimientos, lo cual permitirá identificar el concepto que tiene la población sobre el ATAPS como un agente de salud que informa. Al respecto, la adquisición de conocimientos no es condición suficiente ni única para la producción de cambios en los hábitos de vida no saludables de las personas, ni para generar motivaciones que induzcan a realizar dichos cambios y mantenerlos; por el contrario, y de acuerdo con los enunciados del aprendizaje significativo, *para que las actividades de educación sean efectivas en la intensión de producción de cambios, hacia hábitos de vida saludables en las personas, requieren la consideración de múltiples variables, que mantengan un carácter multidimensional, además de estar determinadas por los intereses y experiencias de cada individuo.*¹⁶

Para un sistema de salud basado en atención primaria de salud, el énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad es un elemento vital que pretende facultar a las personas y comunidades para que ejerzan un mayor control sobre su propia salud, por lo que permite *ir más allá de la orientación clínica para abarcar la educación y el apoyo en materia de salud en el trabajo, las escuelas y el hogar*, lugares considerados como espacios privilegiado para acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, puesto que representan un escenario donde ocurren las relaciones sociales generadoras de riesgos para la salud y enfermedad de los individuos¹¹.

La ausencia en la replicabilidad de la información con los otros miembros de la familia por parte de las personas que recibieron al personal técnico, limita el margen de acción de la visita y demuestra que el ATAPS no logra concienciar a las personas sobre las problemáticas identificadas en salud, por ende, no se convierten en un agente reproductor de información para el cuidado de su familia.

Partiendo de lo anterior, no es pertinente atribuir el alcance limitado que tiene la visita domiciliaria en cuanto a la adquisición de conocimientos y modificación de prácticas, exclusivamente a la intervención del ATAPS, ya que hay aspectos significativos que restringen el abordaje, tales como que representa solamente un elemento dentro del sistema de salud, es un recurso humano que posee una formación técnica de seis meses, así como que es supervisado por el personal de enfermería y debe trabajar en conjunto con profesionales de otras áreas y sectores, con el fin de responder a las necesidades de la población y sus acciones están delimitadas por políticas o normas.

CONCLUSIONES

El programa de visita domiciliaria amerita una revisión metodológica, puesto que se identifica situaciones alarmantes en la población: un interés inclinado hacia acciones de prevención de la enfermedad sobre las de promoción de la salud, el predominio de un enfoque biomédico basado en la enfermedad, las dificultades para desarrollar estrategias comunicativas eficaces que permitan facilidades al ATAPS, las personas, familias y comunidades en cuanto a la adquisición de conocimientos, así como la posibilidad de replicabilidad de la información entre miembros de la familia.

Por otra, es imprescindible que el ATAPS emplee abordajes diferentes (dependiendo de las situaciones de la familia) considerando los determinantes sociales de la salud (tanto intermedios, como estructurales) con el fin de que su intervención se sustente en un enfoque integral que le permita reconocer aquellas necesidades que puede abordar según su perfil de trabajo y según las condiciones sociales, económicas, demográficas y ambientales de las familias y comunidades.

Finalmente, 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, al propiciar la construcción de relaciones entre los usuarios y el personal técnico, y que democratiza la salud al abordar las inequidades en salud, al brindar atención universal independientemente de la condición de asegurado y del acceso a los centros de salud, el cual podría ser considerado el principal alcance mencionado por las personas usuarias.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud; 1978 [citado el 10 de Junio 2012]. Tomado de la página: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm
2. Vargas W. Atención primaria de salud en acción : su contexto histórico, naturaleza y organización en Costa Rica San José: Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social (EDNASSS); 2006.
3. Garro M. Programa de capacitación dirigido a asistentes técnicos de atención primaria para el manejo del individuo con trastorno mental en la comunidad, Guapiles. Costa Rica: Universidad de Costa Rica; 1997.
4. Centeno M. Calidad del trabajo de los asistentes técnicos de atención primaria en la visita domiciliar, desde la efectividad, la aplicación de los procedimientos y la satisfacción del usuario, en el Área de Salud Florencia. 2011.
5. García J. Estudios descriptivos; 2004. Tomado de la página: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/180>
6. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada Bogotá: CONTUS-Editorial Universidad de Antioquia; 2002.
7. Ávila H. Introducción a la Metodología de la Investigación México; 2006.

8. Caja Costarricense del Seguro Social. Manual Normativo de Visita Domiciliar de Atención Primaria Primer Nivel de Atención. San José; 2003.
9. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud. Glosario. Ginebra; 1998. Tomado de la página: www.who.int/iris/handle/10665/67246
10. Organización Mundial de la Salud. Educación para la salud. Manual sobre educación sanitaria en Atención Primaria de Salud. Ginebra; 1989.
11. Organización Panamericana de la Salud. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C.; 2007. Tomado de la página: http://new.paho.org/hq/.../2010/Renovacion_Atencion_Primeria_Salud_Americas-OPS.pdf
12. Moiso A. Determinantes de la Salud. In Barragán H. Fundamentos de Salud Pública. La Plata : Editorial de la Universidad Nacional de La Plata; 2007. p. 160-189.
13. Organización Mundial de la Salud. Subsana las desigualdades en una generación. Buenos Aires; 2008. Tomado de la página: <http://www.paho.org/tierra/index.php/subject-matters/documents/subsanar-desigualdades-generacion-alcanzar-equidad-sanitaria-actuando-sobre-determinantes-sociales-salud>
14. Área de Salud de Pavas. Análisis de la Situación Integral de Salud Área de Salud de Pavas. San José; 2014.
15. Ramos M, Choque R. La educación como determinante social de la salud en el Perú. Lima; 2007. Tomado de la página: https://books.google.com/books/.../La_educacion_como_determinante_social_d.html
16. Huertas C. Percepción de las actividades de educación para la salud en un grupo de personas que asisten a programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad cardiovascular. Bogotá; 2011. Report No.: DB-UNC/FM; CO136.3. Tomado de la página: <http://www.bdigital.unal.edu.co/4491/>