



**LA ATENCIÓN DOMICILIARIA EN LOS SISTEMAS DE SALUD DE MÉXICO,
ARGENTINA, BRASIL Y COLOMBIA**

LUISA MARIA PARRA OSORIO

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES “UDCA”

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA ENFERMERÍA

BOGOTÁ D, C COLOMBIA

2017

**LA ATENCIÓN DOMICILIARIA EN LOS SISTEMAS DE SALUD DE MÉXICO,
ARGENTINA, BRASIL Y COLOMBIA**

LUISA MARIA PARRA OSORIO

Monografía presentada como requisito para optar por el título de:

ENFERMERA

Tutor

ENFERMERA VILMA FANDIÑO OSORIO

**Magister en enfermería con énfasis en el cuidado materno perinatal
Especialista en gerencia educativa
ENFERMERA**

**Línea de investigación
Monografía**

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES (U.D.C.A.)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA ENFERMERÍA

BOGOTÁ D.C.

2017

Se dedica este trabajo a

Las personas que hicieron posible esta Monografía en los momentos difíciles y fáciles de mi vida durante todo mi proyecto estudiantil, “no crecemos cuando las cosas son fáciles, crecemos cuando enfrentamos retos” Gracias doy a mi padre celestial por ofrecerme esta oportunidad en la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales “UDCA”, a mis maestros de la universidad, Directora Claudia Marcela Velásquez, Profesora de enfermería Vilma Fandiño Osorio, que gracias a ellos logre este triunfo que siempre había anhelado, a mi familia; mi madre Julieta, mi padre Humberto que está en el cielo y mi hermano Efrén que fueron el pilar de mi carrera y me brindaron su amor y su apoyo incondicional, y en especialmente a mi hijo Matías que por su amor y comprensión termine este gran logro como profesional.

**LA ATENCIÓN DOMICILIARIA EN LOS SISTEMAS DE SALUD DE MÉXICO,
ARGENTINA, BRASIL Y COLOMBIA¹**

**THE HOME CARE IN THE HEALTH SYSTEMS OF MÉXICO, ARGENTINA,
BRAZIL AND COLOMBIA**

Vilma Fandiño Osorio²

**Luisa María Parra Osorio³
2017**

RESUMEN

Este trabajo tiene como objetivo describir el desarrollo de la atención domiciliaria dentro de los sistemas de salud de México, Colombia, Brasil y Argentina e identificar los roles del equipo de salud y enfatizando en las acciones propias al manejo de las enfermedades crónicas de mayor demanda de la atención domiciliaria. **Material y método:** es un estudio de tipo monográfico donde se realizó una revisión de artículos científicos en base de datos como: SciELO, LILACS, ProQuest, y motor de búsqueda Google, mediante descriptores del sistema de salud de los siguientes países: México, Argentina, Brasil y Colombia relacionados con la atención domiciliaria, estos fueron sistematizados en una tabla RAE en Microsoft Excel donde se semaforizados mediante la clasificación según el nivel de interés con la búsqueda de la pregunta problema con los siguientes criterios de inclusión, artículos que abordan el tema de sistemas de salud en Latinoamérica de México, Argentina, Brasil y Colombia, equipo de salud y atención domiciliaria de Latinoamérica, en idiomas español y portugués, publicados en el periodo comprendido (2004- 2017). **Resultados:** La búsqueda consta de 55 artículos, donde 23 cumplieron con los criterios de inclusión y se encontró que países como México, Argentina, Brasil y Colombia tienen sistemas de salud similares como se encuentra en los sectores públicos y privados, entes de regulación y control, prestación de servicios y financiación del sistema de salud, donde el cuidado domiciliar se establece en programas de atención

¹ Trabajo de grado en modalidad Monografía.

² Docente, Enfermera, Magíster en enfermería con énfasis en el cuidado materno perinatal, Especialista en gerencia educativa.

³ Estudiante de enfermería. Programa de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A, Bogotá. Colombia.

domiciliaria, pero no se especifica los roles del equipo de salud en atención domiciliaria. **Conclusiones:** Los sistemas de salud que incluyen el programa de atención domiciliaria han demostrado ser una herramienta eficiente que facilita el seguimiento del paciente y que permite un adecuado registro tanto de la evolución del paciente como de las actividades que se realizan en el domicilio, siendo los cuidados paliativos los más brindados en el domicilio, idealmente con un equipo interdisciplinario con la capacidad de ocuparse de todas las áreas del estado de salud de las personas.

PALABRAS CLAVE:

Atención domiciliaria, Sistema de salud de México, Argentina, Brasil y Colombia, Equipo de salud y personal del área de la salud.

ABSTRACT

This paper aims to describe the health systems of Mexico, Argentina, Brazil and Colombia, determining the development in home care, identifying the roles of the health team, emphasizing the actions of the management of chronic diseases as frequent: degenerative, cardiovascular, obesity, diabetes and climatic diseases of external causes. **Material and method:** it is a monographic type study, a review of scientific articles in database such as: SciELO, LILACS, ProQuest, Google, through descriptors of the health system of countries related to the search, domiciliary care, palliative care, were systematized in a RAE table in Microsoft Excel where they were semaphorized through the classification according to the level of interest with the search of the problem question with the following inclusion criteria, articles that address the subject of health systems in Latin America of Mexico, Argentina, Brazil and Colombia, health care and domicile in Mexico, Argentina, Brazil and Colombia and home care in Latin America, in Spanish and Portuguese, published during the period covered (2004-2017). **Results:** The search has 55 articles, where 23 met the inclusion criteria, it was found that countries such as Mexico, Argentina, Brazil and Colombia have similar health systems such as the public and private sectors, regulatory and control entities, service provision and financing of the health system, where home care is established in home care programs, but the role of the health team in home care **Conclusions:** The health systems that include the home care program have proven to be an efficient tool that facilitates patient follow-up and allows an adequate record of both the patient's progress and the activities performed at the home, through of palliative care at home, ideally with a multiprofessional work team that has the capacity to deal with all areas of the health status of people.

KEYWORDS:

Home care, Health care, Health team and university education.

TABLA DE CONTENIDO

1. LA ATENCIÓN DOMICILIARIA EN LOS SISTEMAS DE SALUD DE MÉXICO, ARGENTINA, BRASIL Y COLOMBIA.....	4
2. INTRODUCCIÓN.....	4
3. OBJETIVOS.....	13
3.1. OBJETIVO GENERAL.....	13
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
4. METODOLOGÍA DE CONSULTA.....	14
4.1 TIPO DE ESTUDIO.....	14
4.2 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	14
5. REVISIÓN DE LITERATURA.....	17
5.1 Estructura de los sistemas de salud de México, Argentina, Brasil y Colombia.....	17
5.2 La atención domiciliaria en México Argentina, Brasil Y Colombia.....	23
5.3 Roles y funciones del equipo de salud de la atención domiciliaria en los programas de atención domiciliaria en los países consultados.....	28
5.3.1 Competencias de la enfermera en atención domiciliaria.....	30
5.3.2. Funciones de la enfermera de la enfermera en atención domiciliaria.....	32
5.3.3 Actividades de enfermería.....	33

5.3.4. Competencias del medico de la enfermera en atención domiciliaria.	34
5.3.5 Funciones del médico de la enfermera en atención domiciliaria.	35
5.3.6 Actividades del medico	36
6. DISCUSIÓN.....	39
7. CONCLUSIONES	41
8. RECOMENDACIONES	44
9. BIBLIOGRAFIA	45
ANEXO 1 Artículos que cumplieron los criterios de inclusión	47

INDICE DE TABLA

Tabla N°1 Resultados de revisión en bases digitales con su respectiva

Combinación de búsqueda.....14

Tabla N°2 cuadro comparativo de los sistemas de salud México-argentina-Brasil-Colombia.....18

Tabla N°3cuadro comparativo de los sistemas de salud México-argentina-Brasil y Colombia.....24

Tabla N°. 4 Actividades en el domicilio por el profesional de enfermería.....32

INDICE DE ANEXOS

ANEXO 1 Artículos que cumplieron los criterios de inclusión.....52

1. LA ATENCIÓN DOMICILIARIA EN LOS SISTEMAS DE SALUD DE MÉXICO, ARGENTINA, BRASIL Y COLOMBIA

2. INTRODUCCIÓN

Este trabajo se busca describir el desarrollo de la atención domiciliaria dentro de los sistemas de salud de salud de México, Colombia, Brasil y Argentina e identificar los roles del equipo de salud haciendo énfasis en las enfermedades frecuentes que se presentan en cada población.

“El cuidado domiciliario , es un recurso que permite proveer asistencia sanitaria para la resolución en el domicilio del paciente, problemas de salud, que por su situación de incapacidad física no puede desplazarse a un centro de salud, se implementa a través de las enfermedades prevalentes; enfermedades crónicas y sus complicaciones como accidente cerebrovascular, limitaciones provocadas por enfermedades cardiovasculares y enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, dependencia causada por enfermedades mentales, por la diabetes o por enfermedades en etapa terminal, todas estas enfermedades conllevan a que no tengan una calidad de vida adecuada limitando la funcionalidad de los pacientes” (SUAREZ 2012).

Una opción asistencial es ideal para estos casos como la atención domiciliaria, frente a este escenario se han ido desarrollando alternativas asistenciales a la hospitalización tradicional que logran otorgar cuidados de salud de calidad pero en un ambiente sanitario más seguro para las personas mayores.

Es así como en la actualidad existe la posibilidad de hospitalizar a una persona en su propio domicilio, la cual se avanza tecnológicamente y mejora la calidad de vida hacia los pacientes en cuidado domiciliario que se divide en pacientes agudos, pacientes crónicos – degenerativos que requieren cuidados paliativos o pacientes de tratamiento a corta estancia.

La situación de salud en el mundo tiene la necesidad de asistencia a largo plazo está aumentando y se pronostica que de aquí al año 2050, la cantidad de ancianos que no pueden valerse por sí mismos se multiplicará por cuatro en los países en desarrollo (OMS 2017).

Muchos ancianos de edad muy avanzada pierden la capacidad de vivir independientemente porque padecen limitaciones de la movilidad, fragilidad u otros problemas físicos o mentales.

Muchos necesitan alguna forma de asistencia a largo plazo, que puede consistir en cuidados domiciliarios o comunitarios y ayuda para la vida cotidiana, reclusión en asilos y estadías prolongadas en hospitales y en el domicilio (OMS, envejecimiento poblacional, Op. cit).

Es así que surge la necesidad de un cuidado domiciliario y se describirá en los países consultados la situación de salud que se mencionara a continuación:

La obligación del Estado de México frente a esta necesidad es garantizar el acceso a los servicios sociales a todas aquellas personas que se encuentran en situación de dependencia, sea de carácter temporal o permanente, y que necesitan ayuda de otros para realizar los actos esenciales de la vida diaria.

Según las estimaciones y proyecciones de población, en 2015 hay en la Ciudad de México 1.183.401 personas de 60 años y más, que representan el 13,4% de su población total. Entre 2010 y 2030 la esperanza de vida al nacer en la Ciudad de México pasará de 75,4 años a 77,6 años, es decir, se registrará aproximadamente una ganancia de 2,2 años de vida promedio (HUENCHUAN Y RODRIGUEZ,2015). También se observa una disminución de la brecha en la esperanza de vida entre hombres y mujeres, que pasó de 6,3 años en 1990 a 5 años en 2010. En 2015, los hombres y mujeres de la entidad tienen una esperanza de vida de 73,5 años y 78,5 años al nacer, respectivamente (CONAPO, 2014).

Es un estado que enfrenta cinco enfermedades más prevalente que disminuyen la esperanza de vida como son la diabetes, hipertensión, obesidad, cáncer (tumores) y enfermedades cardiovasculares, desencadenando enfermedades crónicas-degenerativas que han desplazado a las infecciosas como principales causas de mortandad. La diabetes es la primera causa de muertes al año en México, con cerca de 10 millones de personas (JUÁREZ, 2013).

Sobre la base del análisis de la esperanza de vida al nacer se podría decir que en la actualidad se vive más. Sin embargo, las estadísticas demuestran que la participación de la discapacidad en la esperanza de vida aumenta al envejecer, por lo que se espera que en parte de los años que le resta vivir a las personas de 60 años y más se experimente una calidad de vida inadecuada (SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, 2011).

De igual manera, las limitaciones mentales, los accidentes cerebrovasculares, son un problema que afecta cada vez más a las personas mayores, en particular el Alzheimer, que produce pérdida de la memoria, deterioro intelectual y trastornos del comportamiento (HUENCHUAN Y RODRÍGUEZ, Op, Cit).

En este caso, la necesidad de cuidado se incrementa dependiendo de la etapa de la enfermedad que se atraviesa, estos hallazgos de enfermedades son importantes para el uso de un cuidado domiciliario que presta este estado aumentado la esperanza de vida a la población y mejorando una calidad de vida a pesar de su enfermedad terminal, ya sea en etapa aguda o crónica.

Argentina presenta una estructura poblacional en franco proceso de envejecimiento. El porcentaje de adultos mayores pasó de 2.5% en 1895 a 3.9% en 1947 y 10% en 2010, el descenso de la mortalidad general, que pasó de 17 a 7.6 defunciones por 1000 habitantes entre 1947 y 2008, y el incremento de la

esperanza de vida al nacer, que pasó de 40 años en 1947 a 75 años en 2008 (INSTITUTO NACIONAL ESTADÍSTICAS Y CENSOS DE LA REPUBLICA, 2008)

La salud de los argentinos ha mejorado notablemente en los últimos 20 años en tanto se vive más y mejor que antes. El perfil epidemiológico se caracteriza por un creciente predominio de los padecimientos no transmisibles. Sin embargo, las infecciones comunes y los problemas reproductivos siguen afectando a las poblaciones más marginadas.

En 2008 casi 70% de las defunciones que se presentaron en Argentina se produjeron en mayores de 65 años y 50% se debieron a padecimientos no transmisibles como las enfermedades cardiovasculares y el cáncer (MINISTERIO DE SALUD DE ARGENTINA, 2008).

Las principales causas de muerte en las mujeres son la insuficiencia cardiaca, las enfermedades cerebro-vasculares, las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades isquémicas del corazón, que concentran la tercera parte de las muertes totales. Las principales causas de muerte en los hombres son la insuficiencia cardiaca, las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebrovasculares, que concentran poco menos de la cuarta parte de las muertes totales (MINISTERIO DE SALUD DE ARGENTINA, Op, Cit).

Desarrollando enfermedades crónicas degenerativas y cardiovasculares de larga duración como la hipertensión, accidente cerebrovascular y enfermedades

secundarias, evitar el riesgo de contraer alguna infección intrahospitalaria, no tener que pagar una internación clínica o sufrir la falta de camas en los hospitales, además de estar rodeado de un adecuado ámbito familiar, pueden ser algunas de las razones por las que la internación domiciliaria crece cada vez más en Argentina.

"La internación domiciliaria es una modalidad de atención que tiene beneficios para el paciente y su familia, como un retorno al domicilio en una situación controlada y con menos incertidumbre. Ese retorno también puede adelantarse en el tiempo con lo que se evita exponer al paciente al riesgo de la infección intrahospitalaria y permite un contacto mayor con el núcleo familiar. Por esta reducción en los tiempos de internación, secundariamente se puede contribuir a reducir el déficit de camas hospitalarias y las reinternaciones de los pacientes bajo atención médica", dice el autor Doctor Enrique Laffaire, esta es la importancia de acceder a un cuidado domiciliario para mejorar la calidad de vida de los pacientes en un entorno familiar (LAFFAIRE, 2011).

Brasil manifiesta enfermedades climáticas como las picaduras de los mosquitos Aedes, malaria entre otras, o causas externas y Colombia desarrolla enfermedades crónicas-degenerativas, cardiovasculares, enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Afectando la población y generando principales

causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes (OMS, Enfermedades crónicas, 2017).

En el año 2008 treinta y seis millones de personas murieron de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad era de sexo femenino y el 29% era de menos de 60 años de edad (OMS, Enfermedades crónicas, Op Cit).

Estas enfermedades son uno de los problemas más serios de la carga de la enfermedad por parte de la familia, esto da significado a que los hospitales no tengan las camas necesarias y no alcancen a cubrir las necesidades de los pacientes y esto se debe a la falta de atención en salud de los hospitales. Esto hace que la necesidad de cuidado no es un asunto nuevo, en todas las sociedades siempre hubo personas que han requerido la ayuda de terceros para realizar las actividades cotidianas.

Colombia experimenta cambios demográficos tales como el envejecimiento de la población, el descenso de las tasas de fecundidad y la rápida urbanización. La esperanza de vida al nacer aumentó de 70.9 años en el 2000 a 74 años en el 2008 (70.7 para los hombres y 77.5 para las mujeres), la fecundidad pasó de 2.86 hijos por mujer en 2000 a 2.45 en el 2008, con una población urbana del 75.1%. El crecimiento de la población ha estado entre el 1.44% y el 1.2% anual en los

últimos ocho años (PERFIL DE LOS SISTEMAS DE SALUD DE COLOMBIA, 2009).

En la población adulta predomina la mortalidad por enfermedades crónicas; en hombres la primera causa está dada por los homicidios con una tasa de 81,4 por 100.000 hab., seguida por enfermedad isquémica del corazón con una tasa de 69,9 por 100.000 hab. En las mujeres predomina la enfermedad isquémica del corazón aunque con una tasa menor que la de los hombres, de 53 por 100.000 habitantes, seguida por enfermedades cerebro vasculares con 34,4 por 100.000 habitantes (OMS, 2014).

El cuidado domiciliario en Colombia está indicado en ancianos recluidos en el hogar por problemas funcionales o sociales y en ancianos de alto riesgo. Tales personas tienen problemas mayores de movilidad, impedimentos mentales, salida reciente del hospital o historia de accidentes y caídas; requieren control de fármacos de alto riesgo, padecen una enfermedad severa, son de edad muy avanzada (mayores de 80 años), viven solos, o se les sospecha maltrato.

En la atención domiciliaria se identifican diferentes servicios de salud de México, Argentina, Brasil y Colombia se encuentra el área de los Cuidados Paliativos la cual requiere una coordinación entre el sistema de salud regional, las instituciones de internación hospitalaria y el equipo de trabajo domiciliario.

Existen requisitos indispensables para que el paciente pueda permanecer en su casa, siendo protagonista dentro de la familia y el entorno social, donde se beneficia el paciente, la familia y el sistema de salud, porque se evitan internaciones hospitalarias largas y de alto costo.

Con el contexto presentado este documento es diseñado con la siguiente pregunta problema para la búsqueda:

¿Cómo son los sistemas de salud de México, Argentina, Brasil y Colombia y como se estructura la atención domiciliaria?

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

- Describir estructura de la atención domiciliaria en los sistemas de salud de México, Argentina, Brasil y Colombia (2004 – 2017).

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir la estructura de la atención domiciliaria de los sistemas de salud en los países consultados México, Argentina, Brasil y Colombia y hacer un comparativo entre los mismos.
- Determinar los roles y funciones del equipo de salud en la atención domiciliaria en los países consultados México, Argentina, Brasil y Colombia.

4. METODOLOGÍA DE CONSULTA

4.1 TIPO DE ESTUDIO

La metodología utilizada para la obtención de la información fue la revisión temática, la cual permite tener material bibliográfico para describir la atención domiciliaria dentro de los sistemas de salud de México, Argentina, Brasil y Colombia y como es la estructura en ellos.

La revisión de la literatura consiste en detectar, obtener y consultar la bibliografía y otros materiales que pueden ser útiles para los propósitos del estudio, así como en extraer y recopilar la información relevante y necesaria que atañe a nuestro problema de investigación, disponible en distintos tipos de documentos⁴.

4.2 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Como se mencionó anteriormente la metodología utilizada para la recolección de la información fue la revisión temática, la cual permitió hacer la búsqueda de la información en diferentes bases de datos como los son Scielo, Proquest, lilacs; además para los documentos gubernamentales se utilizó Google, también se realizó la búsqueda en Bases de datos biblioteca de la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales UDCA.

Las palabras clave utilizadas para la búsqueda de la información fueron: Atención domiciliaria, Sistema de salud de México, Argentina, Brasil y Colombia, Equipo de salud

⁴ Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). Metodología de la investigación. México, DF. ISO 690

y personal del área de la salud.

Los criterios de selección de los artículos fueron: Publicaciones de investigaciones realizadas en los últimos 12 años, en español y portugués, artículos que contengan el tema de sistemas de salud en México, Argentina, Brasil y Colombia; artículos en atención domiciliaria; artículos de equipo de salud en domicilio en México, Argentina, Brasil y Colombia.

Después de terminada la búsqueda en las diferentes bases de datos y motor de búsqueda se construyó una matriz en Excel la cual permitió hacer la sistematización de los artículos, después de darles lectura la cual permite obtener unas categorías de análisis con el fin de facilitar el abordaje y la descripción del tema.

Una vez identificados y cumpliendo con los criterios de búsqueda se revisaron 55 artículos de los cuales 23 respondieron la pregunta de investigación como se muestra en la tabla 1 la información se sistematizó en una tabla en Excel que incluía: Nombre del artículo, autor, Dirección electrónica o fuente, Tipo de artículo, Tópicos del artículo que dieron respuesta a la pregunta.

TABLA N°1 Resultados de revisión en bases digitales con su respectiva combinación de búsqueda

FUENTE DE DATOS	TERMINO DE BÚSQUEDA	ARTÍCULOS	ARTÍCULOS ELEGIDOS QUE CUMPLEN LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN
Google	Ministerio de salud de México, Argentina, Brasil y Colombia. Sistemas de salud de México, Argentina, Brasil y Colombia.	20	8
SciELO	Atención domiciliaria, cuidado domiciliario	22	11
LILACS	Atención domiciliaria, cuidado domiciliario	3	2
Biblioteca U.D.C.A.	Atención domiciliaria, cuidado domiciliario	10	2
TOTAL		55	23

Fuente: Artículos que cumplieron con los criterios de inclusión, Luisa Parra, 2017.

De los resultados de la búsqueda realizada en las bases de datos, revistas electrónicas y motores de búsqueda, se obtuvo un total de 23 artículos, de los cuales cuatro (4) pertenecen a Google, cuatro (4) de google académico, diez (11) de SciELO, dos (2) a ProQuest, dos (2) de LILACS, dos (2) a la biblioteca de la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales (Tabla 1).

Se obtuvieron 7 artículos de revisión bibliográfica, 8 documentos técnicos, 4 de investigación, dos (2) tesis y una (1) de revista de enfermería investigación (cualitativa y descriptiva). De los cuales doce (12) se encuentran español, diez (10) en portugués.

Los artículos encontrados y su aporte al logro de los objetivos propuestos se describen en la *anexo 1* encontrando: ocho artículos aportaron al objetivo general, mencionando aspectos de los sistemas de salud de México, Argentina, Brasil y Colombia y como se estructura la atención domiciliaria en cada uno de ellos, Seis (6) artículos contribuyeron al objetivo específico N° 1 en la normatividad de la atención domiciliaria de los países consultados, y por último para el objetivo específico N°2 la cual se obtuvieron ocho

artículos que determinan los roles y funciones del equipo de salud de la atención domiciliaria en los programas de atención.

5. REVISIÓN DE LITERATURA

5.1 Estructura de los sistemas de salud de México, Argentina, Brasil y Colombia.

En relación a los sistemas de salud de México, Argentina, Brasil y Colombia se puede decir que han experimentado cambios importantes en cuanto al sistema de salud, los cuales tienen sectores de seguridad social similares se puede evidenciar en la tabla 2 que son los públicos y privados, a diferencia de Argentina que anexa otro sector privado llamado obras sociales, que es conformado por más de 300 instituciones, pero siguen teniendo la misma función de seguridad social, estos países por lo general tienen unos entes de regulación y control como lo es en México, Argentina, Brasil y Colombia por medio de la Superintendencia Nacional de Salud, los Ministerios de Salud, entidades aseguradoras, y consejos federal de salud (COFESA) se encarga de Argentina y Brasil, de la regulación de la salud para verificar un control de salud médico certificado.

La financiación de los sistemas de salud de estos países es diferente por ejemplo en México el Sistema de Protección Social en Salud es financiado de manera solidaria por la Federación, los estados, el Distrito Federal y los beneficiarios.

A diferencia de Argentina que la financiación de salud se hace a través de los impuestos provenientes de la partida presupuestaria del estado, a través del sistema impositivo (AFIP) en este caso para argentina son utilizados para salarios de los profesionales de la salud e insumos. En Brasil la financiación es similar a la de Colombia ya que es un Sistema de esquema de aseguramiento conocido como salud suplementaria Financiado con recursos de las empresas y/o familias, y fondos de los estados y municipios, en Colombia se hace a través del sistema de aseguramiento de subsidiados y contributivos por FOSIGA la cual es una entidad que se financia a las personas con capacidad de pago, esto conduce una expansión importante con la cobertura de servicios médico–quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios en 275 intervenciones para más de 40% de la población (OMS, Sistemas de salud de protección social en salud 2016) (tabla 2)

El acceso a la salud en términos generales, el acceso a los servicios de atención de salud ha mejorado extraordinariamente en los países como México, Argentina, Brasil y Colombia desde los años cincuenta, tanto en cuanto al número y a la proporción de la población que recibe tratamiento para sus problemas de salud como a la disponibilidad y eficacia de los servicios. Este mejoramiento del acceso a la asistencia ha contribuido a mejores resultados de salud, tasas de inmunización elevadas y erradicación exitosa de enfermedades en estos cuatro países (tabla 2).

En cuanto a la prestación de servicios, la heterogeneidad de los servicios de atención de salud en México, Argentina, Brasil y Colombia se pone en manifestación la segmentación de los sistemas de salud en al menos dos subsectores: el público, que con mayor frecuencia incluye ministerios o secretarías de salud e instituciones de seguridad social, y el sector privado, sin fines de lucro y

con fines de lucro es decir; para estos países los servicios de salud hacia la población es diferente de acuerdo a la seguridad social que disponga el usuario es atendido de forma pública que no paga si no el gobierno cubre los gastos de salud o privada que tiene la posibilidad de pagar y así mismo están los costos disponibles (tabla 2).

La atención especializada es prestada por una variedad creciente de establecimientos de asistencia sanitaria que comprenden desde hospitales hasta centros de diagnóstico y establecimientos de atención a largo plazo en México, Argentina, Brasil y Colombia.

Tabla N°2 Comparativo de los sistemas de salud México-Argentina-Brasil-Colombia.

	MÉXICO	ARGENTINA	BRASIL	COLOMBIA
NORMATIVIDAD	Ley General De Salud de Los Estados Unidos México 7 de febrero de 1984 Y REFORMAS 1 27 de abril de 2010, por la cual se reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en México	Legislación en Salud de la República Argentina. LEGISALUD fue creado por: Resolución 1673/2007, reglamenta el derecho a la salud a toda la población.	Reformas del Estado Brasilerio definidas por la Constitución Federal de 1988 y su marco legal se rige mediante la Ley 8080 de 1990. La presente ley tiene por objeto contribuir a garantizar la accesibilidad, la equidad y la calidad y la participación en la atención integral de su salud mediante el ordenamiento de los recursos públicos prestacionales y económicos en un Sistema Único de Salud (SUS).	Ley estatutaria 1438 de 19 de enero de 2011, por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. La Ley 100 de 1993 expedida el 23 de diciembre de 1993 “por la cual se crea el sistema de Seguridad Social Integral» establece una legislación nueva sobre Seguridad Social para Colombia. (SGSSS).
SECTORES QUE CONFORMAN LOS SISTEMAS	El sistema comprende dos sectores: a) público :conformado por Instituciones de seguridad social y las instituciones y programas que atienden a la población sin seguridad social b) privado compañías aseguradoras y prestadores de servicios que trabajan en	El sistema se comprende por tres sub-sectores: a) Público: conformado por, hospitales públicos de gestión descentralizada. Centros de atención primaria (centros de salud y otros. Opera a través de los ministerios de salud en sus tres niveles: nacional, provincial y municipal. b) Social: conformado por más de	El sistema se comprende por dos sectores: a) Público: conformado por Instituciones: Sistema Único de salud (SUS), Federal, estatal y municipales, de acceso universal y gratuito. b) Privado: conformado por Instituciones: Sistema de salud suplementaria,	El Sistema de Identificación de Potenciales beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN) es una herramienta que clasifica a los individuos de acuerdo con su estándar de vida de acuerdo a su condición socioeconómica particular. Para determinar a qué sistema pertenece el usuario.

	MÉXICO	ARGENTINA	BRASIL	COLOMBIA
	farmacias, consultorios, clínicas y hospitales privados, incluyendo a los prestadores de servicios de medicina alternativa	300 instituciones, entre obras sociales sindicales, provinciales y del personal de dirección. c) Seguridad social privado: Está conformado por trabajadores de cada rama de actividad (de la construcción, del comercio, del transporte, etc.) o personas con seguros de desempleo, jubilados del régimen nacional de previsión social a través del programa de asistencia integral (PAMI).	restringido a los funcionarios públicos (civiles y militares). Salud de las poblaciones indígenas: En agosto de 1999, el Ministerio de la Salud, por intermedio de la Fundación Nacional De Salud (FUNASA), asumió la responsabilidad de proveer atendimento integral a la salud de los pueblos indígenas, articulado con Único de Salud – SUS.	El sistema se comprende por dos regímenes: a) régimen contributivo: conformado por Entidades prestadoras de servicios (EPS) instituciones IPS públicas o privadas. b) subsidiado: conformado por la afiliación a la población sin empleo, contrato de trabajo o ingresos económicos, es decir considerada pobre y vulnerable, quien no tiene capacidad de pago que le permita cotizar al sistema (ingreso menor a dos salarios mínimos legales vigentes). c) Regímenes de excepción: Conformado por el régimen de seguridad social de las fuerzas militares y de la policía, de afiliados al Fondo Nacional de prestaciones Sociales del magisterio, de servidores públicos de Ecopetrol así como los servidores públicos de universidades públicas.
ENTES DE REGULACIÓN Y CONTROL	Consejo de Salubridad General. Secretaria de salud los gobiernos de las entidades federativas, en materia de salubridad general, como autoridades locales.	Superintendencia de servicios de salud (SSS), entre autárquico dependiente del ministerios de salud. Consejo federal de salud (COFESA)	El Consejo Federal del Sistema Único de Salud (COFESUS) creado por la presente, es continuidad y sustitución del Consejo Federal de Salud (COFESA)	Comisión de Regulación en Salud (CRES). La Superintendencia Nacional de Salud. Entidades aseguradoras.
FINANCIACIÓN DEL SISTEMA (DE LAS APORTACIONES PARA EL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD)	El Sistema de Protección Social en Salud será financiado de manera solidaria por la Federación, los estados, el Distrito Federal y los beneficiarios. El Gobierno Federal cubrirá anualmente una cuota social por cada familia beneficiaria del Sistema de Protección Social en Salud equivalente a quince por ciento de un salario mínimo general vigente diario para el Distrito Federal. La Secretaría de Salud determinará el monto anual de este fondo así como la distribución del mismo con base en la fórmula establecida para tal efecto en las disposiciones reglamentarias de esta Ley.	Del subsistema público: 1-Los recursos tienen un doble origen, los provenientes de la partida presupuestaria del estado, a raves del sistema impositivo (AFIP) utilizados para salarios de los profesionales de la salud e insumos. 2-Recaudo por facturación: de los servicios brindados a los afiliados o adherentes de los otros 2 subsistema; producto de su gestión descentralizada. En el subsistema privado: proviene de su cartera creciente de asociados. Sector de seguridad social: A través de aportes (3%) sobre la base del sueldo bruto. De trabajadores en relación de dependencia y empresarios (contribuyente). Sector privado: aportes privados.	Sistemas de esquema de aseguramiento conocido como salud suplementarias Financiado con recursos de las empresas y/o familias. Los recursos federales, que corresponden a más del 70% del total, progresivamente vienen siendo distribuidos a estados y municipios, a través de transferencias directas del Fondo Nacional de Salud a los fondos de los estados y municipios, conforme el mecanismo instituido por el decreto 1.232, del 30 de agosto de 1994.	Sistema contributivo: Todas las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago, hacen un aporte mensual (cotización) al sistema de salud pagando directamente a las EPS. Sistema subsidiado: se financian con dos recursos fundamentales: las trasferencias de la nación a los departamentos y municipios. Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA. subcuentas que tiene el FOSYGA: Subcuenta ECAT: Esta subcuenta subsana el costo de las atenciones de las víctimas de accidentes de tránsito a través del SOAT y las víctimas de eventos catastróficos y terroristas. Subcuenta compensación: Recauda el valor de la compensación en el régimen

	MÉXICO	ARGENTINA	BRASIL	COLOMBIA
				<p>contributivo, entendiéndose como compensación el descuento de las cotizaciones recaudadas por las EPS.</p> <p>Subcuenta solidaridad: Recauda los recursos aportados por todos los actores del sistema con destino al régimen subsidiado.</p> <p>Subcuenta promoción: Financia las actividades de educación, información y fomento de la salud y de prevención de la enfermedad, las cuales se encuentran en el Plan de Atención Básica – PAB.</p>
PRESTACIÓN DE SERVICIOS	<p>Existen tres tipos:</p> <p>1- De atención médica;</p> <p>a) Preventivas, promoción general y las de protección específica; b) Curativas, c) rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a corregir las invalideces físicas o mentales, y d) Paliativas, que incluyen el cuidado integral para preservar la calidad de vida del paciente, a través de la prevención, tratamiento y control del dolor, y otros síntomas físicos y emocionales por parte de un equipo profesional multidisciplinario</p> <p>2- De salud pública,</p> <p>3- De asistencia social.</p> <p>Para los efectos de esta Ley, los servicios de salud, atendiendo a los prestadores de los mismos, se clasifican en:</p> <p>I. Servicios públicos a la población en general;</p> <p>II. Servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social o los que con sus propios recursos o por encargo del Poder Ejecutivo Federal, presten las mismas instituciones a otros grupos de usuarios;</p> <p>III. Servicios sociales y privados, sea cual fuere la forma en que se contraten, y</p> <p>IV. Otros que se presten de conformidad con lo que establezca la autoridad sanitarias.</p>	<p>La cobertura en el programa médico obligatorio (PMO), que describe prestaciones básicas referidas entre otras a :</p> <p>a) atención primaria (ambulatoria), secundaria, internación; y alta complejidad).</p> <p>b) Tratamientos ambulatorios, odontológicos; plan materno infantil; prótesis y medicamentos.</p> <p><u>En las obras sociales</u> se brinda infraestructura de turismo y asistencia social.</p>	<p>La prestación de servicios de salud a través de contratos con establecimientos privados con y sin fines de lucro:</p> <p>1-Descentralización de la gestión.</p> <p>2-Atención integral</p> <p>3-Participación de la comunidad.</p> <p>El Programa Prestacional comprende los siguientes componentes:</p> <p>a) Atención básica;</p> <p>b) Atención especializada;</p> <p>c) Atención socio sanitaria;</p> <p>d) Rehabilitación;</p> <p>e) Atención de urgencia;</p> <p>f) Acciones de salud pública;</p> <p>g) Otras acciones no previstas que determine la reglamentación.</p>	<p>El sistema en salud está compuesto básicamente por tres entes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Regulado por el gobierno nacional: El Ministerio de la Salud y Protección Social (Colombia), la Comisión de Regulación en Salud (CRES) Los aseguradores: Son las entidades promotoras de salud (EPS) y las administradoras de riesgos laborales (ARL). Los prestadores: son las instituciones prestadoras de salud (IPS), son los hospitales, clínicas, laboratorios, etc. <p>El sistema de salud se encarga de unos niveles de atención en salud que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> El Plan Obligatorio de Salud (POS), es el conjunto de servicios de atención en salud a los que tiene derecho un usuario el suministro de medicamentos para el afiliado y su grupo familiar. Plan Nacional de Salud Pública, atendiendo a la política mundial de Atención Primaria enfoca el manejo de las comunidades desde una perspectiva preventiva y se crea el Plan de Atención básica (PAB). <p>Niveles de complejidad:</p> <p>NIVEL I:</p> <ul style="list-style-type: none"> Atención Ambulatoria: Consulta Médica General, Atención Inicial, estabilización, resolución o remisión del paciente en urgencias. Atención Odontológica Laboratorio Clínico Básico Radiología Básica Medicamentos Esenciales

	MÉXICO	ARGENTINA	BRASIL	COLOMBIA
				<ul style="list-style-type: none"> • Citología • Acciones intra y extramurales de Promoción, Prevención y Control. <p><u>Servicios con internación:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención Obstétrica • Atención no quirúrgica u obstétrica • Laboratorio Clínico • Radiología • Medicamentos esenciales • Valoración Diagnóstica y manejo médico. <p><u>NIVEL II</u></p> <p>• <u>ATENCIÓN AMBULATORIA ESPECIALIZADA.</u></p> <p><u>NIVEL III</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>LABORATORIO Clínico:</u> se establecen los exámenes de Laboratorio supe especializados. • <u>IMÁGENES DIAGNÓSTICAS.</u> • <u>EXÁMENES ESPECIALES.</u>
LAS CUOTAS DE RECUPERACIÓN	<p>En su caso se recauden por la prestación de servicios de salud, se ajustarán a lo que disponga la legislación fiscal y a los convenios de coordinación que celebren en la materia el Ejecutivo Federal y los gobiernos de las entidades federativas.</p> <p>se determinan las cuotas de recuperación teniendo en cuenta el costo de los servicios y las Condiciones socio-económicas del usuario.</p> <p>Y Se eximirá del cobro de las cuotas de recuperación por concepto de atención médica y medicamentos, a todo menor a partir de su nacimiento hasta cinco años cumplidos, que no sea beneficiario o derechohabiente de alguna institución del sector salud.</p>	<p>En la revisión de literatura de argentina no se encontró las cuotas de recuperación.</p>	<p>En la revisión de literatura de Brasil no se encontró las cuotas de recuperación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Para la población indígena y la indigente no existirán cuotas de recuperación. • La población no afiliada al régimen subsidiado identificada en el nivel 1 del SISBEN o incluidas en los listados censales pagarán 5% del valor de los servicios, sin exceder el equivalente a un salario mínimo mensual legal vigente por la atención de un mismo evento. • nivel 2 del SISBEN pagarán un 10% del valor de los servicios, sin exceder el equivalente a dos salarios mínimos mensuales legales vigentes. • La población identificada en el nivel 3 de SISBEN pagará hasta un máximo del 30 % del valor de los servicios, sin exceder el equivalente a tres salarios mínimos legales mensuales vigentes por la atención de un mismo evento. • La población con clasificación del Sisben 4, 5 y 6 o con capacidad de pago, pagará la totalidad del

	MÉXICO	ARGENTINA	BRASIL	COLOMBIA
				valor del servicio o tarifa plena. <ul style="list-style-type: none"> • El máximo valor autorizado para las cuotas de recuperación se fijará de conformidad con las tarifas SOAT (Seguro Obligatorio para Accidentes de Tránsito).

Fuente: Cuadro comparativo de sistemas de salud de México, Argentina, Brasil Y Colombia, Luisa Parra, 2017.

5.2 La atención domiciliaria en México Argentina, Brasil Y Colombia

En relación con lo expuesto en la tabla 2, se puede señalar lo siguiente: los sistemas de salud de México, Argentina, Brasil y Colombia han experimentado cambios radicales en cuanto la salud, más sin embargo tienen sectores de seguridad social similares que son los públicos y privados, a diferencia de Argentina que anexa otro sector privado llamado obras sociales, que es conformado por más de 300 instituciones, pero siguen teniendo la misma función de seguridad social, estos países por lo general tienen unos entes de regulación y control como lo es en México, Argentina, Brasil y Colombia por medio de La Superintendencia Nacional de Salud, Ministerios de Salud, entidades aseguradoras, y consejos federal de salud (COFESA) que este ente solo está a cargo de Argentina y Brasil, cumpliendo la misma función en estos países, para la regulación de la salud y que tenga un control de salud médico certificado.

La financiación de los sistemas de salud de estos países es diferente por ejemplo en México el Sistema de Protección Social en Salud es financiado de manera solidaria por la Federación, los estados, el Distrito Federal y los beneficiarios.

A diferencia de Argentina que la financiación de salud se hace a través de los impuestos provenientes de la partida presupuestaria del estado, a través del sistema impositivo (AFIP) en este caso para Argentina son utilizados para salarios de los profesionales de la salud e insumos. En Brasil la financiación es similar a la de Colombia ya que es un Sistema de esquema de aseguramiento conocido como salud suplementaria Financiado con recursos de las empresas y/o familias, y fondos de los estados y municipios, en Colombia se hace a través del sistema de aseguramiento de subsidiados y contributivos por FOSIGA la cual es una entidad que se financia a las personas con capacidad de pago, esto conduce una expansión importante con la cobertura de servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios en 275 intervenciones para más de 40% de la población (OMS, Sistemas de salud de protección social en salud, 2016)⁵.

El acceso a la salud en términos generales, el acceso a los servicios de atención de salud ha mejorado extraordinariamente en los países como México, Argentina, Brasil y Colombia desde los años cincuenta, tanto en cuanto al número y a la proporción de la población que recibe tratamiento para sus problemas de salud como a la disponibilidad y eficacia de los servicios. Este mejoramiento del acceso a la asistencia ha contribuido a mejores resultados de salud, tasas de inmunización elevadas y erradicación exitosa de enfermedades en estos cuatro países.

⁵ (Organización mundial de la salud, 2016, Sistemas de salud de protección social en salud. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=4180%3A2007-proteccion-social-salud&catid=1920%3Ahealth-services-access&lang=es.

En cuanto a la prestación de servicios, la heterogeneidad de los servicios de atención de salud en México, Argentina, Brasil y Colombia se pone en manifestación la segmentación de los sistemas de salud en al menos dos subsectores: el público, que con mayor frecuencia incluye ministerios o secretarías de salud e instituciones de seguridad social, y el sector privado, sin fines de lucro y con fines de lucro es decir; para estos países los servicios de salud hacia la población es diferente de acuerdo a la seguridad social que disponga el usuario es atendido de forma pública que no paga si no el gobierno cubre los gastos de salud o privada que tiene la posibilidad de pagar y así mismo están los costos disponibles.

La atención especializada es prestada por una variedad creciente de establecimientos de asistencia sanitaria que comprenden desde hospitales hasta centros de diagnóstico y establecimientos de atención a largo plazo en México, Argentina, Brasil y Colombia.

Tabla N° 3 Comparativo de México-Argentina-Brasil y Colombia en atención domiciliaria.

	MÉXICO	ARGENTINA	BRASIL	COLOMBIA
DEFINICIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN ATENCIÓN DOMICILIARIA	Atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos para brindarles una mejor calidad de vida,	Atención asistencial en el domicilio del paciente favoreciendo la reincorporación a su entorno natural.	La Atención domiciliaria es una estrategia de alta precoz, planeada con el objetivo de racionalizar el uso de las camas hospitalarias.	-Es un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia atención primaria en salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud, en la población.
ENFERMEDADES PREVALENTES	Enfermedades de Obesidad y diabetes	Enfermedades del sistema circulatorio (insuficiencia cardiaca)	Dolencias no transmisibles (causas externas)	Enfermedades crónicas y degenerativas
ATENCIÓN DE SALUD PARA LA POBLACIÓN QUE REQUIERA	Para toda la población es accesible para la atención domiciliaria.	Se garantiza el acceso a toda la población a servicios y medicamentos	Es difícil acceder a la atención domiciliaria por la ubicación geográfica y barreras	Accesibilidad en la prestación de servicios en salud en cuidado domiciliario.

ATENCIÓN DOMICILIARIA		esenciales	culturales.	
PROGRAMAS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA	-Se ejecuta programas de atención en salud (salud a su casa). Por medio de programa del distrito federal a población abierta. -Programa de atención domiciliaria al enfermo crónico (ADEC).	-Programa de atención domiciliaria en salud se encuentra el “MSYAS” mejorar la calidad de la atención de salud en todo el país.	-El programa de Atención Domiciliaria está siendo desarrollado por la Secretaría Estadual de Salud del estado del Rio de Janeiro (SES/RJ),	-El programa de atención domiciliaria es nuevo y se modifica para el mejoramiento de cuidado domiciliar con el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS).
CUIDADO DOMICILIARIO	El domicilio del enfermo en situación terminal, debe ser considerado como el sitio más adecuado para la prestación de los servicios de cuidados paliativos.	-La internación domiciliaria, es una modalidad de atención que tiene beneficios para el paciente y su familia.	-Es una estrategia de continuidad del tratamiento en el domicilio del paciente, que decide la creación del Núcleo Hospitalario de Geriatría/NUHG, como proyecto piloto, en los Hospitales	Cuidados para el paciente con una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible donde el control del dolor y otros síntomas, requieren, además del apoyo médico, social y espiritual, de apoyo psicológico y familiar, durante la enfermedad y el duelo.

Fuente, la atención domiciliaria en México Argentina, Brasil y Colombia Luisa Parra, 2017.

A continuación se describe el análisis de comparación del cuidado de atención domiciliaria:

Se describe en los países de México, Argentina Brasil y Colombia los diferentes enfermedades prevalentes que para cada país se presentan de acuerdo a la situación de salud que tengan y requieran de cuidados especiales, uno de los países afectados como México de enfermedades como la obesidad y la diabetes, se dispone que por su calidad de vida de este país, la alimentación no es la más adecuada, esto se deduce de acuerdo a la revisión de literatura encontrado por la organización mundial de la salud (OMS).

En México una de las situaciones de alteración de la salud como es el grave problema actual de la obesidad en niños y ancianos no más de 65 años de edad, llevando a enfermedades secundarias como una diabetes, y disminuyendo la esperanza de vida de este país, programas como “salud a su casa ”con el programa de PADEC, se realizó para la atención domiciliaria y prestar los

debidos cuidados en casa, en Argentina y Colombia presentan enfermedades no transmisibles como ;enfermedades crónicas degenerativas, cardiovasculares, disminuyendo la esperanza de vida de la población pero para este problema de salud se realizan programas especiales que por lo consiguiente se necesita de un cuidado en casa.

Estas enfermedades causan graves síntomas y enfermedades secundarias llevando a una situación de cuidado especial debido a las complicaciones de estas, para esto es importante tener en cuenta los programas de atención de salud que nos muestra en la anterior tabla para cada país, y así llevar un control previo de enfermedades crónicas degenerativas hacia los pacientes complicados que necesiten un cuidado en casa, argentina y Colombia tienen similitudes frente a los programas de atención domiciliaria, llamado para argentina “MYSIAS” y para Colombia “MIAS”, por lo que ambas cumplen los mismos criterios de precisión para un adecuado cuidado a domicilio.

Presentando irregularidades por los servicios de salud, ya que para obtener una atención domiciliaria se requiere la capacidad de pago para esta, mas sin embargo estos dos programas se hicieron con la condición de que la población acceda a una mejor atención domiciliaria y un cuidado especial y por ultimo encontramos Brasil un país de zona endémica y pandémica, la cual afecta a esta población de enfermedades como del mosquito Aedes, y otras alteraciones climáticas que hacen que esta población se mantenga al tanto en salud pública de atención domiciliaria, ya que por su calidad de vida en promoción y prevención de enfermedades no trasmibles (causas externas) hace que el cuidado especial en casa sea de suma importancia para

los brasileños, que decide la creación del Núcleo Hospitalario de Geriátria/NUHG, como proyecto piloto, en los Hospitales de Brasil.

5.3 Roles y funciones del equipo de salud de la atención domiciliaria en los programas de atención domiciliaria en los países consultados

En la revisión de literatura se encontró que los roles de los profesionales de la salud no se especifica y tampoco existe un protocolo de perfil profesional de atención domiciliaria en México, Argentina, Brasil y Colombia que sustenten que debe hacer cada profesional o cual son sus funciones y actividades dentro de un cuidado domiciliario, como se debe atender a un paciente que necesite una atención domiciliaria por un médico, una enfermera, una nutricionista y demás funcionarios de salud que los vinculen en este programa de atención domiciliaria, pero se encontró similitudes de los roles de la salud del médico y la enfermera en México, Argentina, Brasil y Colombia la que se encontrara a continuación.

En atención domiciliaria por la que se acoge al rol de profesionales de enfermería y médicos los siguientes modelos de atención a domicilio en función de las características de provisión son tres en (SUAREZ, 2012):

Modelos integrados, son los que contemplan la intervención del médico y de la Lic. En enfermería, y se apoyan en programas desde los distintos procesos asistenciales orientados a las personas y sus grupos familiares.

Modelos dispensarizados, aquellos donde algunos de los profesionales del equipo de salud se responsabilizan de la atención a domicilio, tanto a demanda como programada.

Modelos sectorizados, son aquellos en donde el distrito o zona de salud, se divide en sectores geográficos con el fin de hacer más eficiente el tiempo de desplazamiento” (SUAREZ, Op Cit).

El rol de la enfermera es fundamental en cuanto el cuidado domiciliario ya que ayudar al individuo a realizar todas aquellas tareas que realizaría por si solo y tuviese la fuerza, la voluntad o el conocimiento, en atención Domiciliaria que nace de la necesidad de conocer la actividad enfermera en los contextos de atención a domicilio.

Los cuidados de enfermería, tienen entonces una importancia vital, tanto por su participación clave en el equipo de salud como por su potencial de respuesta a las necesidades de cuidado de la salud de los adultos mayores en todos los niveles de atención, y en forma especial en la atención primaria, cuidados a largo plazo y en hospitalización domiciliaria donde la enfermera se comporta como el pilar fundamental para lograr la integralidad y continuidad de los cuidados de los ancianos, dentro del equipo de salud se realiza funciones para proporcionar atención de salud mediante actividades como: Promoción, Protección, Fomento y Rehabilitación, estos son prioridades para la atención y hospitalización domiciliaria que se evalúa en el proceso de salud- enfermedad, para llevar a cabo estas actividades se requiere dentro de la atención domiciliaria un equipo de salud empezando por la asistencia de un grupo multidisciplinario, que respecto a estas actividades se fomentara siguiendo un perfil de roles del equipo de salud.

En un programa de hospitalización domiciliaria, el profesional de enfermería se destaca por lo siguiente:

5.3.1 Competencias de la enfermera en atención domiciliaria.

Otorga orientación y transmisión de información al paciente y a la familia, realiza los procedimientos técnicos, coordina el ingreso y egreso de los pacientes al programa, capacita al personal, evalúa las condiciones socioeconómicas de la familia, prestar una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que atienden, de acuerdo con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento y con los niveles de calidad y seguridad que se establecen en las normas legales y deontológicas aplicables.

Comprender sin prejuicios a las personas, considerando sus aspectos físicos, psicológicos y sociales, como individuos autónomos e independientes, asegurando el respeto a sus opiniones, creencias y valores, garantizando el derecho a la intimidad, a través de la confidencialidad y el secreto profesional, Este tipo de práctica profesional está recibiendo cada vez más atención y supone una ampliación de la oferta de servicios sanitarios (OSUNA, RODRIGRUEZ, VALERO, HERNÁNDEZ, et at, 2002).

La importancia del cuidado de la salud es prevalente ya que, “los cuidados existían desde que surgió la vida, una vez que los seres humanos, como todos los seres vivos, siempre precisaran de cuidados.

“Cuidar es el acto de vida que tiene como fin, primero y antes que todo, permitir que la vida continúe desarrollándose y así luchar contra la muerte: muerte del individuo, muerte del grupo, muerte de la especie” (COLLIÈRE 2008).

Una de las cosas importantes de la salud son cuatro definiciones:

- a. Promover y respetar el derecho de participación, información, autonomía y el consentimiento informado en la toma de decisiones de las personas atendidas, acorde con la forma en que viven su proceso de salud – enfermedad.
- b. Fomentar estilos de vida saludables, el autocuidado, apoyando el mantenimiento de conductas preventivas y terapéuticas.
- c. Proteger la salud y el bienestar de las personas, familia o grupos atendidos, garantizando su seguridad.
- d. Las funciones que cumple una enfermera son múltiples, complejas, demandan tiempo y significan gran responsabilidad, ya que el paciente, en este contexto de cuidado, no se encuentra bajo la supervisión continua de un equipo de salud como en el hospital (PUCHI, 2015).

El personal de enfermería se destaca por ser el principal orientador para respectiva información hacia el paciente y hacia la familia, por ende realiza diferentes procedimientos técnicos de la enfermera en cuanto la hospitalización domiciliaria, coordina y ejecuta el ingreso y egreso de los pacientes, capacita al personal, direcciona muchos aspectos que requieren gran responsabilidad, generando una precisión de cada tarea que se le otorga como son:

Componente básico del equipo de salud de la hospitalización domiciliaria (integrando a médicos, kinesiólogos y técnicos en enfermería, entre otros) trasladó los cuidados enfermeros desde el hospital hasta el domicilio de los pacientes, desarrollando de esta manera un nuevo y desafiante campo ocupacional para el colectivo de enfermería que promete seguir evolucionando (GÓMEZ Y ALVARADO, 2015).

5.3.2. Funciones de la enfermera de la enfermera en atención domiciliaria.

Ejecuta funciones asistenciales dependiendo la situación que se ejercería en la hospitalización domiciliaria, también la enfermera ejecuta funciones administrativas y de gestión, teniendo así funciones educativas hacia al paciente según la circunstancia en el momento de la atención que se presta hacia el paciente y su familia.

Según las autoras “Erick y Rosario” su función de atención directa o asistencial: incluye acciones de promoción, prevención, cuidado y recuperación, rehabilitación y educación para la salud.

La consulta de enfermería, en la que presta atención individualizada o familiar, fundamentalmente por enfermedades crónicas y materno-infantiles, pero también de consejo y detección temprana de enfermedades.

La visita domiciliaria, mediante la que se proporcionan cuidados en el domicilio, englobando actividades curativas, preventivas, rehabilitadoras y de enlace con otros servicios sociales y sanitarios. El trabajo en la comunidad, prestando atención a grupos de población, centrada en la promoción de la salud y educación sanitaria, vigilancia del medio y participación comunitaria.

Se encuentran también servicios comunes, que incluyen la administración de inyectables y curas, métodos diagnósticos o toma de muestras, tanto en el centro como en el domicilio (ROSARIO, 2010).

5.3.3 Actividades de enfermería

Son muchas actividades que realizan las enfermeras, dependiendo de la situación en que se encuentre a realizar ya sea en la visita domiciliaria o en la hospitalización domiciliaria, encontrando respuestas múltiples de estas (CASTILLA, 2012).

Tabla No. 4 Actividades en el domicilio por el profesional de enfermería.

PROCEDIMIENTO	<p>(Herida quirúrgica, quemaduras, traumatismos). - Administración medicación intravenosa. - Administración de vacunas (gripe, neumococo...). - Control de constantes (tensión arterial). - Toma de muestras biológicas (orina, heces, extracción de sangre). - Diagnóstico (glucemias capilares, ECG, tira reactiva en orina, escalas de dolor).</p>
ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y	Demandas secundarias a la Visita Domiciliaria (se refiere a las consecuencias derivadas de la visita domiciliaria) (respuesta

<p>CONSEJO SOBRE HÁBITOS SALUDABLES DE ATENCIÓN DOMICILIARIA</p>	<p>múltiple).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Resolución del problema en la visita domiciliaria. - Necesita continuidad del cuidado con más visitas domiciliarias. - Derivación a médico de familia del Centro de Salud. - Derivación a urgencias del Centro de Salud. - Derivación al hospital. - Derivación a Servicios Sociales.
<p>OTRAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas de salud del paciente que recibe la visita domiciliaria (respuesta múltiple) <ul style="list-style-type: none"> - Enfermo grave. - Estado terminal. - Proceso crónico (enfermedad de Alzheimer, ACV...). - Persona inmovilizada (fracturas, deterioro cognitivo, enfermedad crónica, enfermedad osteomuscular, enfermedad neurológica...).

Fuente: Trabajo monográfico Luisa Parra 2017.

Dentro de la atención domiciliaria se resalta el médico tratante, ya que para la hospitalización y visitas domiciliaria debe ser evaluado el paciente para su tratamiento adecuado, dependiendo la situación en la que este si es de rehabilitación, cuidado paliativo u hospitalización en casa con sus respectivos equipos de tratamiento por el médico, a esto con lleva lo siguiente:

5.3.4. Competencias del medico de la enfermera en atención domiciliaria.

La inclusión de la visita domiciliaria familiar en la formación integral del médico o médica, complementa la consulta médica, confrontar la situación clínica con la realidad social y ambiental en la que viven las familias de los niños y niñas inscritos en los programas de comunidad y de riesgo en el desarrollo de la sección. Esto le permite al futuro médico o médica elaborar un diagnóstico integral, con un mayor acercamiento en la relación médico-paciente, y estimular la participación familiar en el proceso de intervención (ARANGO Y VILLEGAS, 2015).

En el contexto de la familia le importa cada persona en su conjunto y a lo largo de toda su vida. Su ejercicio profesional no se limita a los casos clínicos o a asistir enfermedades, sino que atiende a personas con unos determinados problemas y creencias, inmersas en un contexto familiar y social que constituye un todo indivisible que también es objeto de su quehacer diario.

Por tanto, esta atención “a lo largo de toda su vida” de personas (inmersas en un contexto familiar y social) encaja perfectamente con la filosofía de los cuidados paliativos (SEMFYC, 2015).

Estos cuidados paliativos necesitan de absoluta atención por el médico de familia que se otorga en la visita domiciliaria, “La atención domiciliaria (AD) es una de las actividades del equipo de atención primaria (AP) con previsión de incremento en los próximos años. A pesar de la mejora cualitativa y cuantitativa de los sistemas de emergencias, no es infrecuente que el médico de familia (MF) y en especial, en el ámbito rural, realice la primera respuesta a una urgencia espontánea fuera del centro de salud que debe resolverse en un corto espacio de tiempo” (OLIVE, CANO, GONZALO, et al, 2009).

5.3.5 Funciones del médico de la enfermera en atención domiciliaria.

Aunque las funciones del médico de países como México, Argentina, Brasil y Colombia no se aclaran, solamente se menciona que debe haber un médico en la atención

domiciliara, se debe tener en cuenta un médico para un cuidado especial ya que ellos son los que formulan lo necesario y son encargados de especificar el requerimiento del paciente junto a la enfermera, es importante resaltar las funciones ya que en la atención domiciliaria es elemental tener un médico de familia que desempeña cargos las cuales son fundamentales dentro de un aspecto psicosocial en la familia ya que realiza un papel importante dentro de aspectos enfermedad-salud, “El médico general tiene en cuenta los aspectos psíquicos, psicológicos y sociales en los diagnósticos y establece planes educativos, preventivos y terapéuticos para mejorar la salud de sus pacientes” (GERVAS Y ORTUN, 2001).

Su intervención y manejo de factores de riesgo para su patología del paciente de base así como de factores implicados en la descompensaciones que se presentan en el momento de su evaluación como médico, diagnostica seguir y manejar la enfermedad de acuerdo a su manejo sintomático y paliativo que se evalúa al paciente, decidir sobre la necesidad de otros recursos adicionales o remisiones a centros hospitalarios y así diseñar y ejecutar su plan de educación para la salud del paciente, eso se hace referencia en el cuidado domiciliario.

5.3.6 Actividades del medico

Los médicos de cabecera se caracterizan por: a) centrar su interés en la persona y su entorno cercano (familiar y social); b) utilizar en la resolución de problemas tanto

información blanda (sociológica, antropológica, psicológica) como información dura (análisis, radiografías, electrocardiogramas y otras pruebas objetivas); c) desenvolverse en condiciones de gran incertidumbre (pudiendo evitar el uso de pruebas diagnósticas y terapéuticas en los casos que se resuelven por sí solos o que, por su gran indefinición, exigen el paso del tiempo para “dar la cara” (GERVAS Y ORTUN, Op Cit).

Es importante que se incluya a los especialistas, terapeutas y nutricionistas ya que ellos son indispensables para la atención domiciliaria, hacen parte del equipo interdisciplinario de la salud, para la atención primaria en salud que se da por prestación de servicios; los nutricionistas, por ejemplo emplean un papel importante ya que participar de forma general y especializada en la organización, el desarrollo y evaluación de las actividades relacionadas con la dietética y la nutrición clínica del hospital (SANZ, GONZÁLEZ, REGLERO, GIL Y PALAU, et al.,2003).

Genera supervisar las funciones que se ejecuta dentro del proceso de visita domiciliaria que se realiza las respectivas dietas indicadas, evaluar los procedimientos como sonda por nutrición, que se le administra al paciente dependiendo su diagnóstico indicado por el médico, que se adhiere al programa de atención domiciliaria implementando diferentes funciones actividades dentro de esta, “los cuidados paliativos concentran una visión multiprofesional e interdisciplinaria en el cuidado de las personas con diagnóstico de enfermedad avanzada, progresiva, incurable y en etapa terminal.

Todo el equipo de atención primaria juega un papel fundamental en este tipo de situaciones, pero el profesional de enfermería es el miembro del equipo sanitario más próximo, que permanece mayor cantidad de tiempo y en estrecho contacto con el paciente y la familia, asumiendo todos los cuidados necesarios en el proceso, para sobrellevar la enfermedad, incluso después de la muerte” (FUENTES, 2013).

6. DISCUSIÓN

Los protocolos en atención domiciliaria es una ventaja de los sistemas de salud, porque que las altas demandas en pacientes crónicos hace que se vuelva importante la atención en salud , sobresaliendo los cuidados paliativos que requiera el paciente, por medio de los profesionales de la salud, esto se demuestra en la normatividad consultada en el documento la cual existen similitudes en la estructura de la organización en atención domiciliaria en estos países México, Argentina, Brasil y Colombia que integra un cuidado especial hacia la carga de la enfermedad del paciente en la familia.

Una de las ventajas de la atención domiciliaria es una amplia gama de servicios de salud que se pueden dar en casa por una enfermedad o lesión, generalmente menos costosa, más conveniente, y tan eficaz como la atención que se obtiene en un hospital o centro de enfermería especializado.

La asistencia domiciliaria no está pensada exclusivamente para los adultos mayores, que precisan de atención y compañía en su vida diaria. Su funcionalidad está también presente en las personas dependientes y discapacitadas, en aquellas que no pueden valerse por sí mismas para realizar determinadas tareas cotidianas y que necesitan de alguien de confianza que les dé el trato prioritario que merecen. La atención a domicilio puede ir desde las heridas superficiales o la infusión de líquidos intravenosos hasta tratamientos más complejos como quimioterapia

La necesidad de cobertura de la atención implica que los pacientes deban ser atendidos en el domicilio, lo que ha encontrado un eco positivo por la amplia cobertura que puede desarrollar, sin embargo, en los últimos veinte años en México, Argentina, Brasil y Colombia, han establecido procesos encaminados a implementar de manera perentoria esta modalidad, ya que no había una estrategia que estableciera condiciones para prestar una atención domiciliaria acertada en el cuidado del paciente, así, se establecen unos requisitos para la hospitalización domiciliaria que se describen en factores que contribuyen a un correcto cuidado domiciliario: plan de egreso de transición; manejo del dolor y otros síntomas; comunicación asertiva y adecuado soporte familiar.

También se encuentra en la revisión de literatura en los países México, Argentina, Brasil y Colombia en cuanto los roles profesionales de la salud en atención domiciliaria, no se encontró tal documento que indague los perfiles profesionales en una atención domiciliaria más bien son perfiles de la salud similares a las actividades que realiza una enfermera y un médico en Latinoamérica.

7. CONCLUSIONES

En el desarrollo de la revisión de literatura se han alcanzado los objetivos inicialmente planteados, de describir los sistemas de salud de México, Argentina, Brasil y Colombia, mencionar el funcionamiento de la atención domiciliaria en estos países y el rol del equipo de salud en atención domiciliaria.

En el trabajo se abordó como metodología las fuentes de datos para los 55 artículos de la cual 23 cumplieron los criterios de inclusión y así elaborar cada objetivo planteado que fue encaminado para describir cada objetivo.

En el concepto de los sistemas de salud, se plantea como la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud.

Para esto se contempló la normatividad de atención domiciliaria en México, Argentina y Brasil, donde la perspectiva que se encontró se especifica las normas de una atención domiciliaria, mas sin embargo dentro de la revisión de literatura no se encontró protocolos que exijan para realizar estos programas si no se muestra los requisitos que debe cumplir el paciente en estos países, para poderlos vincular a una atención.

Es importante recalcar el trabajo de un cuidado domiciliario frente a las diferentes situaciones del paciente, debido al seguimiento de los problemas de salud que se presentan; hace que se realice cuidados especiales y paliativos a pacientes con enfermedades más

prevalentes como el Accidente cerebro-vascular (ACV), cáncer, enfermedades cardíacas, enfermedades crónicas-degenerativas etc., generando un trato personal, en los países que se han establecido en el documento como México, Argentina, Brasil y Colombia, son de prevalencia en estas enfermedades y por ende existe unos sistemas de salud donde se incluye la atención domiciliaria mejorando la calidad de los pacientes y el bienestar que se presenta en la vida cotidiana del paciente, formando un vínculo de cuidados tanto para el paciente como para la familia, por la cual la familia se educa de acuerdo a la enfermedad del paciente, para así evitar también posibles complicaciones y que vuelva a dar las re hospitalizaciones por el mismo evento.

Este tema de atención domiciliaria despierta gran interés en los sistemas de salud, para esto se realizan ajustes de atención en salud en el domicilio para la implementación adecuada requirente del paciente a la hora de un cuidado especial, solucionando la problemática familiar.

El domicilio puede convertirse en el entorno habitual e ideal para el cuidado de pacientes, siempre y cuando sus problemas de salud no precisen de cuidados especialmente complejos y exista un soporte familiar adecuado para la realización de dichos cuidados

Siguiendo con los roles de los profesionales de salud en atención domiciliaria no se mencionan específicamente y tampoco hay un prescrito o un perfil profesional donde se requiera como debe ser el profesional en atención domiciliaria, mas sin embargo se buscó en los artículos científicos, normatividad en los países de México, Argentina, Brasil y Colombia la cual se reunió esta información para generalizarlo en los cuidados especiales

que requiera un paciente ya que tiene similitudes para el rol que se necesita para la atención domiciliaria empleando funciones y actividades del médico y la enfermera para así tener un mejor cuidado especial que emplea el profesional de la salud.

8. RECOMENDACIONES

Se considera interesante investigar sobre todos los aspectos relacionados de atención domiciliaria, en la universidad de ciencias aplicadas y ambientales UDCA, por motivos de enriquecer los conocimientos de los estudiantes ya que esta área es parte de la carrera de enfermería.

Trabajar y mejorar el programa de atención domiciliaria y como se puede establecer protocolos de un buen uso de un cuidado domiciliario hacia el personal de la salud.

Establecer una excelente comunicación entre los profesionales de salud lleva a cabo el éxito de establecer una adecuada atención domiciliaria en los pacientes.

9. BIBLIOGRAFIA .

Frías Osuna A, MA. Prieto Rodríguez B, C. Heierle Valero C, C. Aceijas Hernández B, ML. Calzada Gómez, A. Alcalde Palacios, T. Vázquez Teja f L. Sandino Dabán. 2002. La práctica enfermera en atención domiciliaria: perfil sociodemográfico y práctica profesional, Citado jul 12 de 2017. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-practica-enfermera-atencion-domiciliaria-13031468>.

Blog de Brasil en [Enfermedades que más afectan a la población brasileña](#), Citado el 8 de oct de 2017, Disponible en: <https://www.helloforos.com/t/enfermedades-que-mas-afectan-a-la-poblacion-brasilena/143637>.

Editorial semfyc, Las competencias del médico de familia en la atención a pacientes en fase de final de vida. Reflexiones a partir de la propuesta de ACE en Cuidados Paliativo, publicado 2015, Citado 15 de jul de 2017, Disponible en: https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0212656715002309.pdf?locale=es_ES.

Fornells H A. [Internet]. 2000 Cuidados paliativos en el domicilio. Acta bioeth. Jun [citado 2017 Jun 27]; 6(1): 63-75. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2000000100005](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2000000100005&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2000000100005>.

Fuentes Fernández, L. Enfermería ante los cuidados paliativos en Atención Primaria. (2013). Citado el 16 de jul d 201, Disponible en: <http://www.cuidarypaliar.es/wp-content/uploads/2017/04/Enfermeria-ante-los-CP-en-AP-FuentesFernandezL.pdf>.

Gérvas, J., & Ortún, V. Caracterización del trabajo asistencial del médico general/de familia. *Atención primaria*, 16, 501-507, Citado el 15 de jul de 2017, Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-practica-enfermera-atencion-domiciliaria-13031468>.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). Metodología de la investigación. México, DF. ISO 690

https://www.researchgate.net/profile/Vicente_OrtunRubio/publication/14672127_Characteriz. JUÁREZ NIETO A, 2013 Las cinco enfermedades más comunes de los mexicanos, Citado el 18 de octu de 2017, Disponible en: <http://expansion.mx/salud/2013/04/17/las-cinco-enfermedades-mas-comunes-de-los-mexicanos>.

Iglesias, C., Sanz, J., González, M. P., Reglero, G., Cabañas, M. D., Gil, C. & Rovira Palau, E. Perfil de las competencias profesionales del diplomado en nutrición humana y dietética. ISO 690, Citado el 16 de jul de 2017, Disponible en: http://dspace.uvic.cat/bitstream/handle/10854/2771/artconlli_a2003_rovira_eva_perfil_competencias.pdf?sequence=1.

Melé Olivé J, Gervilla Cano J y Soler González J, Atención Primaria, Volúmen 43, Número 1, Copyright © 2009 Elsevier España, S.L. ARTÍCULO OMS, organización mundial de la salud, Enfermedades crónicas, citado el 30 de julio de 2017, Disponible en: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/.

Organización Mundial de la Salud, Datos y cifras, Citado el 30 de sep de 2017, Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>.

Organización Mundial de la Salud, Enfermedades crónicas, Citado el 30 de sep de 2017, Disponible en: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/.

Organización Mundial de la Salud, Enfermedades no trasmisibles, Citado el 30 de sep de 2017, Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>.

Organización Mundial de la Salud, Sistemas de salud y protección social en salud, Citado en 8 d oct de 2017, Disponible en: <http://www.paho.org/salud-en-las-americanas>.

2012/index.php?option=com_content&view=article&id=59:health-systems-and-social-protection-in-health&Itemid=164&lang=es.

Plan Nacional de Salud, 2007, Citado 1 de sep de 2017, Disponible en: <https://www.uv.mx/orizaba/me/justificacion/>.

Portal de salud castilla de león, Visitas domiciliarias de enfermería en Atención Primaria (Enfermería), Citado en 13 de jul de 2017, Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/centinelas/programa-general-registro-2013/visitas-domiciliarias-enfermeria-atencion-primaria-enfermer>.

Prevención de riesgos en la atención domiciliaria RSS Descargar PDF, Atención Primaria, 2011-01-01, Volúmen 43, Número 1, Páginas 52-53, Copyright © 2009 Elsevier España, S.L.

Puchi Gómez, C. & Sanhuesa Alvarado, O. Rol del profesional de enfermería en unidades de hospitalización domiciliaria de hospitales públicos. *Rev. iberoam. educ. invest. enferm. (Internet)*, 5(1), 8-17. (2015). Citado el 13 de juli de 2017, Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=29328&indexSearch=ID>.

Puchi, C. & Jara, P. Enfermería y el cuidado domiciliario de los mayores en la era de la globalización. *2012 Enfermería universitaria*, 12(4), 219-225. 2015, Citado juli 13 de 2017, Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-70632015000400219&script=sci_arttext&tlng=pt

Secretaria de salud de México 2004, citado el 30 de sep de 2017, Disponible en: <https://es.slideshare.net/maggie1105/estado-de-salud-en-mexico>.

Sistema de salud de Argentina, Belló M, 2011. Citado 1 de sep de 2017, Disponible en: www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800006.

Suarez Cuba M. Ál. [Internet]. 2012 Atención integral a domicilio. *Rev. Méd. La Paz* [citado 2017 Abr 25]; 18(2): 52-58. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582012000200010&lng=es.

Suarez Cuba MÁL. ATENCIÓN INTEGRAL A DOMICILIO. [Internet]. 2012 *Rev. Méd. La Paz* [citado 2017 Jul 12]; 18(2): 52-58. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582012000200010&lng=es.

Taka Oguisso, El ejercicio de la enfermería domiciliaria en Brasil y en el mundo. Una visión histórica y ética, publicado el 2 de febr. De 2008, Citado el 9 de agos de 2017, Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/9865/1/CC_24_04.pdf.

Tomado de la página de blog de visita domiciliaria en enfermería, Lic. Ericka y Rosario, publicado jueves, 16 de diciembre de 2010, Citado 14 de julio de 2017, Disponible en: <http://rosario-enfermeria.blogspot.com.co/2010/12/visita-domiciliaria.html>.

Zuliani-Arango, L. A., Villegas-Peña, M. E., Galindo-Cárdenas, L. A. & Kambourova, M. (2015). Visita domiciliaria familiar: estrategia didáctica para la formación integral del personal médico. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13 (2), pp. 851-863, Citado en 14 de jul de 2017, Disponible en: http://revistalatinamericanaumanizales.cinde.org.co/wp-content/uploads/2015/08/Visita-domiciliaria_13n2a21.pdf.

ANEXO 1 Artículos que cumplieron los criterios de inclusión

FUENTE DE DATOS	REFERENCIA	DIRECCIÓN ELECTRÓNICA O FUENTE	TIPO DE ARTICULO INVESTIGACIÓN DOCUMENTO TÉCNICO	Aporte objetivo 1	Aporte objetivo 2	Aporte objetivo 3
Google	Ministerio de salud de México, secretaria de salud.	https://www.gob.mx/salud .	Documento técnico.	Sistema de salud de México.		
Google	Ministerio de salud de Argentina, secretaria de salud.	https://www.argentina.gob.ar/salud .	Documento técnico.	Sistema de salud Argentina.		
Google	Ministerio de salud de Brasil, secretaria de salud.	http://portalsaude.saude.gov.br/ .	Documento técnico.	Sistema de salud de Brasil.		
Google	Ministerio de salud, secretaria de salud de Colombia.	https://www.minsalud.gov.co/Paginas/default.aspx .	Documento técnico.	Sistema de Colombia.		
Google Académico	Dantés Octavio Gómez, Sesma Sergio, Becerril Victor M., Knaul Felicia M., Arreola Héctor, Frenk Julio. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2011.	http://www.SciELO.org.mx/SciELO.php?pid=S0036-36342011000800017&script=sci_arttext&tlng=en .	Documento técnico.	Sistema de salud México.		
FUENTE DE DATOS	REFERENCIA	DIRECCIÓN ELECTRÓNICA O FUENTE	TIPO DE ARTICULO INVESTIGACIÓN DOCUMENTO TÉCNICO	Aporte objetivo 1	Aporte objetivo 2	Aporte objetivo 3
Google Académico	Belló Mariana, Becerril-Montekio Victor M. The health system of Argentina. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2011.	http://www.SciELO.org.mx/SciELO.php?pid=S0036-36342011000800006&script=sci_arttext&tlng=en .	Documento técnico.	Sistema de salud de Argentina.		
Google académico	Montekio Víctor Becerril, Medina Guadalupe, Aquino Rosana. The health system of Basil. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2011 Ene [citado 2017].	http://www.SciELO.org.mx/SciELO.php?pid=S0036-36342011000800008&script=sci_arttext&tlng=en	Documento técnico.	Sistema de salud Brasil.		
Google Académico	Guerrero Ramiro, Gallego Ana Isabel, Becerril-Montekio Victor, Vásquez Johanna. Sistema de salud de Colombia. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2011 Ene [citado 2017 Oct 03]; 53(Suppl 2): s144-s155.	http://www.SciELO.org.mx/SciELO.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800010 .	Documento técnico.	Sistema de salud de Colombia.		
SciELO	Stefanie Griebeler Oliveiraa Maria Henriqueta Luce Kruseb /Génesis de la atención domiciliaria en Brasil a principios del siglo XX/2016	http://www.SciELO.br/pdf/rge/v37n2/0102-6933-rgenf-1983-144720160258553.pdf .	Artículo de investigación.			Funciones dl personal de salud.
SciELO	Elaine ThuméI Luiz Augusto FacchiniII Elaine TomasiIII Lúcia Azambuja Saraiva Vieiral/Atención médica a domicilio para los ancianos:		Revisión bibliográfica		Cuidado domiciliario. En la población.	

	factores asociados y características de acceso y cuidado de la salud/2010					
SCIELO	Maria Raquel Gomes Maia Pires I, Elisabeth Carmen Duarte II, Leila Bernarda Donato Gottems III, Nivea Furtado Vieira Figueiredo IV, Carla Aparecida Spagnol V /Factores asociados con la atención domiciliaria: subsidios de manejo de cuidado bajo el SUS/2013.		Revisión bibliográfica.		Describe los factores en Atención domiciliaria.	
SCIELO	Suarez Cuba Miguel Ángel. ATENCIÓN INTEGRAL A DOMICILIO. Rev. Méd. La Paz [Internet]. 2012 [citado 2017 Mayo 30]; 18(2): 52-58		Artículo de investigación		Atención domiciliaria integral.	
SCIELO	Daira Maday Arevalo Lopez/ Revisión bibliográfica de instrumentos de medida de la salud: calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en atención domiciliaria (AD) publicados en los últimos ocho años/2008		Revisión bibliográfica.		Atención domiciliaria en calidad de vida.	
FUENTE DE DATOS	REFERENCIA	DIRECCIÓN ELECTRÓNICA O FUENTE	TIPO DE ARTICULO INVESTIGACIÓN DOCUMENTO TÉCNICO	Aporte objetivo 1	Aporte objetivo 2	Aporte objetivo 3
SCIELO	Orb a. y Santiagos a. /breve reseña de la enfermería domiciliaria: una perspectiva de la atención privada/2005.		Revisión bibliográfica		Descripción de atención domiciliaria	
SCIELO	Hugo Antonio Fornells/Cuidados paliativos en el domicilio./2000	http://www.SciELO.cl/pdf/abioeth/v6n1/art05.pdf	Revisión bibliográfica		Cuidados paliativos en domicilio.	
SCIELO	Boggio, D. S., Cóllica, D., & Wainberg, G. (2002). Atención domiciliaria Análisis de dos años de experiencia/2002.	http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/handle/10946/4191	Investigación		Análisis de atención domiciliaria.	
SCIELO	Martins, C. A., Almeida, N. A. M., & De Mattos, D. V. Parto domiciliar planeado: asistido por enfermero obstetra. Enfermería Global, 2012.		Revisión bibliográfica			Función de la enfermera en parto domiciliario.
SCIELO	Carvalho LC, Feuerwerker LCM, Merhy EE. / Disputas en torno a los planes de cuidado en la Internación Domiciliaria: una reflexión necesaria. Salud Colectiva/ 2007.		Revisión bibliográfica			Función de la internación domiciliaria.
BIBLIOTECA REPOSITORIO UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES	Díaz P, Iván J/Propuesta de plan de mejoramiento y propuesta de plan de inducción a la demanda del programa de hospitalización domiciliaria de Colsanitas phd, grupo		Documento escrito			Programa de hospitalización, funciones del personal d salud.

"UDCA"	Medellín/2013.					
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES "UDCA"	Alba Eugenia Medivesol Duran/ rol de enfermería en la empresas de atención domiciliaria en Bogotá/2004		Documento escrito			Función de la enfermería.
LILACS	Caio Vaciski Gallassi, Daniel Felipe Herculano Ramos, Juliana Yumi Kinjo, Bernardino Geraldo Alves Souto/La atención domiciliaria en atención primaria de salud: una visión general operativa/2014.		Investigación		Atención domiciliaria en atención en salud.	
FUENTE DE DATOS	REFERENCIA	DIRECCIÓN ELECTRÓNICA O FUENTE	TIPO DE ARTICULO INVESTIGACIÓN DOCUMENTO TÉCNICO	Aporte objetivo 1	Aporte objetivo 2	Aporte objetivo 3
LILACS	Corrêa J. Cordeiro, A. Pavinski A, Elucir Gir, Oliveira D,Rita S,Marin da Silva Canini.Equipo de protección personal para su uso en un servicio de atención domiciliaria /2016	http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/10/2262/45443-186913-1-pb.pdf	Revisión bibliográfica			Equipo de protección personal y funciones del equipo de salud.
Google académico	Antúnez, E. R., Poyo, A. P., Prieto, M. L. G., Yuste, M. P. P., García, A. P., Domínguez, V. M., & Jiménez, M. D. M. Revisión de una Intervención de Enfermería. NIC: 007040 Apoyo al Cuidador Principal. Revista Enfermería		Revista de enfermería cyl.			Función de la enfermera en atención domiciliaria.

Fuente: Artículos que cumplieron con los criterios de inclusión, Luisa Parra, 2017