

“Del hospital a tu casa, un camino sin distancia”
Relato de sobre el abordaje de visitas domiciliarias

Relato de experiencia

Área: Clínica ampliada

Autor: Cabrera Estefanía S.

Localización: SAMCo Dr. Nanzer, Santo Tomé.

Dirección: Azcuenaga 3550, Barrio 12 de Septiembre,
Santo Tomé- Santa fe. CP:3000

E-mail: esteficabrera1@gmail.com

Teléfono: (342) 155266214

Modalidad de presentación: POWER POINT

Descripción de la experiencia:

Mi Experiencia relata una Estrategia de Atención Primaria de Salud basada en la Clínica Ampliada que narra sobre el abordaje de visitas domiciliarias desde el 2do Nivel de Atención, desde el área de internación del efector, en un paciente con enfermedad crónica progresiva, con la mirada hacia la importancia de la creación de estos dispositivos para realizar una atención en salud integral, que involucre tanto a la persona que esta siendo abordada como su contexto familiar para mejorar su calidad de vida. Siendo de suma importancia la formación de una red en salud entre los diferentes niveles de atención para el abordaje de estas problemáticas.

Palabras Clave: APS, abordaje en equipo, red en salud.

Del Hospital a Tu Casa, un Camino sin Distancia.

Relato de experiencia

Trabajo Inédito.

Área: Clínica ampliada

Autor: Cabrera Estefanía S. Residente de 1er año MGyF

Localización: SAMCo Dr. Nanzer, Santo Tomé.

Dirección: Azcuenaga 3550, Barrio 12 de Septiembre,
Santo Tomé- Santa fe. CP:3000

E-mail: esteficabrera1@gmail.com

Teléfono: (342) 155266214

Introducción:

El siguiente relato es una narrativa de la experiencia como residente de primer año de Medicina General y Familiar durante el abordaje de un paciente desde el área de internación del Hospital SAMCo. Comenzando desde su diagnóstico inicial hasta la decisión de generar un dispositivo de acompañamiento y seguimiento en el domicilio debido a la complejidad de su cuadro clínico. La principal barrera en la instalación de este dispositivo surge a partir de que el hospital no sólo es un 2do nivel de atención donde se derivan las consultas del primer nivel, sino también debido a su ubicación, es un centro de atención primaria de la salud donde se recibe población adscripta, ya que en la zona no hay un centro de primer nivel cercano. Por lo tanto se dificulta el seguimiento de pacientes ya que no cuenta con un grupo interdisciplinario que pueda trabajar ciertas problemáticas complejas, ni garantizar la longitudinalidad de atención.

Objetivo:

- Visibilizar la visita en terreno como estrategia de abordaje en una persona con enfermedad crónica, en el marco de una rotación de 2do nivel en SAMCo Local desde Junio a Septiembre del 2019.

Contexto:

¹Este trabajo se ubica en la ciudad de Santo Tomé, provincia de Santa Fe. Dicha ciudad se encuentra a sólo 4 Km de la Capital de la provincia, unida a ésta a través del puente carretero, símbolo de la ciudad. De acuerdo a los datos estadísticos publicados por el Instituto Provincial de Estadísticas y Censos, que provienen del Censo Nacional de Población y Vivienda, la ciudad de Santo Tomé es una de las 5 ciudades de la Provincia de Santa Fe que tiene una población que va entre los 50 mil y los 100 mil habitantes. Según el censo 2010, la ciudad contaba con 66.133 habitantes, registrando un incremento del 1,3% de la población, respecto al censo poblacional de 2001 que había arrojado 58.904 habitantes. De este modo se evidencia una tasa de crecimiento intercensal que se encuentra por encima de la media provincial, la que alcanza el 0,7%.

La red de salud de Santo Tomé, se encuentra constituida por 8 efectores de salud, con dependencia provincial-municipal, que a continuación se detallan:

Como primer nivel de atención se encuentran 7 centros de atención primaria de la salud, que están ubicados en los barrios más periféricos de la ciudad.

Como segundo nivel de atención se encuentra el SAMCo Dr Nanzer, que se encuentra ubicado en Azcuenaga 3550, Barrio 12 de Septiembre. Es sede de la residencia de Medicina General y Familiar que cuenta actualmente con 8 residentes (Tres R1, Tres R2 y Dos R3) y residencia interdisciplinaria de salud mental. En cuanto a los servicios de atención médica que allí se prestan se cuenta con: Clínica Médica, Traumatología, Clínica Quirúrgica, Clínica Tocoginecológica, Clínica Pediátrica,

Neurología, Odontología, y Salud Mental por consultorios externos. Laboratorio análisis clínicos; bioquímica general, Guardia Médica Central 24hs todos los días de la semana. Área de diagnóstico por imagen. Área de internación general de baja complejidad, que cuenta con 14 camas, (4 habitaciones; 1 pediátrica, 4 camas, 1 mujeres 4 camas, 1 hombres 4 camas y 1 de cuidados especiales 2 camas). En el año 2018 se realizó inauguración de ampliación y mejoras de 300 m² del laboratorio, construcción de 2 consultorios, remodelación de sala de mamografía, urbanización exterior, nuevo ingreso cubierto, estructura para tanque de reserva y reparación completa de fachada. El hospital no sólo es un 2do nivel de atención donde se derivan las consultas del primer nivel, sino también debido a su ubicación, es un centro de atención primaria de la salud donde se recibe población adscripta, ya que en la zona no hay un centro de primer nivel cercano. Por lo tanto se dificulta el seguimiento de pacientes ya que no cuenta con un grupo interdisciplinario que pueda trabajar ciertas problemáticas complejas, ni garantizar la longitudinalidad de atención.

Descripción de los actores:

Autor:

Cabrera Estefanía Residente 1er año, Medicina General y Familiar.

Colaboradores:

Natalia Soria. Médica General y Familiar. Desarrollando su actividad en CAPS Eva Duarte de Perón. Tutora de residencia.

M. Belen Vergara. Médica General y Familiar. Instructora de residencia de Medicina General y Familiar

Participantes de las visitas domiciliarias:

Fernanda Boxler, Médica Clínica, Actual coordinadora del área de clínica médica de internación en SAMCo.

Priscila Gómez, Residente de 2do año de Medicina General y Familiar

Cabrera Estefanía, Residente de 1er año de Medicina General y Familiar

Desarrollo de la experiencia:

Mi relato comienza en junio del corriente año, iniciando mi formación como residente de primer año de la residencia de Medicina General y Familiar de Sede Santo Tomé-Santa Fe. Comenzando con la rotación de sala general en el SAMCo Dr. Nanzer la cual consta de 4 meses de trabajo por internación donde se desarrollan actividades en conjunto con el área de internación de clínica médica y pediatría. Es allí cuando tomé contacto con Rafael quien es una persona que tiene 59 años, vive en un barrio cercano al centro de la localidad de Santo tomé, convive con su esposa y dos de tres de sus hijas, quienes en su conjunto forman el vínculo de contención y cuidado que él

requiere de forma permanente. Su casa es de material, con 3 habitaciones con acceso los servicios sociales: agua potable, luz, eliminación de excretas/saneamiento ambiental y recolección de residuos. Fué diagnosticado en el año 2017 con fibrosis pulmonar secundaria a artritis reumatoidea dicho diagnóstico se le realiza a través de la detección de anticuerpos anti-CCP (péptido cíclico citrulinado) ya que el factor reumatoideo fué negativo cuando se lo comienza a estudiar para enfermedad reumatoidea. Actualmente se encuentra con requerimiento de oxigenoterapia crónica domiciliaria debido a su insuficiencia respiratoria crónica, recientemente desarrolló cor pulmonale secundario a la fibrosis pulmonar, presentó múltiples interurrencias infecciosas respiratorias.. Previamente al diagnóstico de artritis reumatoidea Rafael venía sin controles, no se encontraba adscrito a ningún centro de salud.

Mi primer contacto con Rafael es tras una reagudización de su insuficiencia respiratoria. Ingresó directamente por sala de internación, ya que es un paciente conocido por el servicio, dicho día refiere aumento de la tos, expectoración mucopurulenta y agravamiento de su disnea habitual, ingresa por neumonía probable. En el curso de su internación, una mañana al comenzar con los controles de signos vitales (a mi cargo como residente de 1er año) lo encuentro con progresión de su disnea, desaturación y aumento del requerimiento de oxígeno, es allí cuando es derivado al tercer nivel por necesidad de mayor complejidad, donde se encuentra mayor disponibilidad de recursos durante las 24hs del día definiendo como tales; tanto a recursos humanos, como materiales, laboratorio, estudios de imágenes e inclusive área de terapia intensiva para cuidado de pacientes críticos. En comunicación constante con personal de salud del hospital donde fue derivado y en contacto con familiar se nos informa que luego de 15 días de internación fue dado de alta del nosocomio. Fué citado por la Dra del área de clínica de SAMCo, formada en Hospital Iturraspe (3er nivel) en el área de clínica médica, actualmente docente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional del Litoral, quien se desarrolla como médica tanto en el ámbito público como privado. Se lo cita a Rafael en SAMCo para control posterior al alta, donde se lo encuentra con buen aspecto general, si bien un poco adelgazado respecto a la última vez que lo habíamos visto, pero refería sentirse mejor, con control de sus síntomas, cómodo en su domicilio.

Es allí cuando se acuerda con Rafael y su familia el inicio de visitas domiciliarias ya que estábamos en pleno invierno, el frío y el contacto con el sistema de salud era un factor de riesgo para infecciones, principalmente respiratorias que podían agravar su enfermedad pulmonar de base, las visitas fueron a cargo del equipo de médicos del área de internación del SAMCO de Santo Tomé, integrado por dicha Médica clínica y 2 residentes de Medicina General y Familiar, de 2do año y quien escribe de 1er año. Dichas visitas, que consisten en inicialmente reevaluar la comodidad del paciente en su entorno, la presencia de signos o síntomas de progresión de su enfermedad, mejorar las medidas de cuidado, la toma de signos vitales, examen físico general y ajustes de medicación.

DESARROLLO DE LAS VISITAS

La primer visita fué muy productiva pudimos charlar sobre su última internación, como se encontraba posteriormente a ella, refería que no volvió a presentar aumento de su disnea

habitual, se realizaron medidas de prevención de posibles complicaciones respiratorias, haciendo énfasis en el cuidado de la exposición a ambientes destemplados, fundamentalmente al frío, al contacto con personas con infecciones respiratorias, se realiza cambio en la medicación habitual, se indica complementos alimentarios a su dieta habitual. En dicha visita se acuerda con hija menor de Rafael, la toma de signos vitales de forma diaria, ya que ella se encuentra realizando la carrera de enfermería y que ante cualquier cambio en los signos vitales asista a SAMCO para mayor monitorización. Rafael y su familia refieren que las visitas constituyen un vínculo necesario para su proceso de salud-enfermedad, que gracias a ellas se le puede hacer un seguimiento continuo y eso los hace sentir seguros, contenidos y conformes con cada intervención. Pude ver a través de ellos como la proporción de información, educación y apoyo es tan importante tanto dentro de un establecimiento de salud como desde el dispositivo en terreno.

Las visitas son realizadas cada 15 días, se lleva el registro en una planilla con los datos del paciente, sus antecedentes, fecha y hora de la visita y las prácticas allí realizadas. El vehículo en el que viajamos es el móvil de la médica clínica a cargo, los elementos que usamos, sea tensiometro, oxímetro, estetoscopios, son de uso personal. La atención es sin fin de lucro. Si bien como dispositivo de atención en terreno surge desde el área de internación, se ve incompleto en cuanto al abordaje interdisciplinario, ya que es un paciente que requiere intervención desde la clínica ampliada.

Rafael sigue siendo abordado desde el dispositivo en terreno generado por el 2do nivel y con atención por neumonólogo y reumatóloga del tercer nivel. Se ha planteado como intervención que se lo coloque en lista para trasplante pulmonar, a la espera aún de respuesta.

Marco teórico:

¿Qué es la visita domiciliaria?

³De acuerdo a Roca y Ubeda citado en Sanchez (op cit p. 195), "la visita domiciliaria es el conjunto de actividades de carácter social y sanitario que se presta en el domicilio a las personas. Esta atención permite detectar, valorar, apoyar y controlar los problemas de salud del individuo y la familia, potenciando la autonomía y mejorando la calidad de vida de las personas". Esta definición abarca múltiples aspectos que van más allá de la atención de personas enfermas, puesto que engloba tanto la salud como la enfermedad durante todo el ciclo vital del individuo, por lo que la visita domiciliaria constituye el instrumento ideal para conocer este medio en el que vive la familia, y que influyen en la salud de quienes habitan en la vivienda, ya que es en el domicilio, el lugar donde el hombre se alimenta, descansa, ocupa el tiempo de ocio y se relaciona con su núcleo primario.

Ventajas:

- Su práctica permite generar mayor confianza y seguridad en el individuo y su grupo familiar frente a la oferta de servicio.

- Permite una participación más amplia, sincera y real en el programa de salud familiar, dado que esta se lleva a cabo en su propio medio.

Se logra una relación interpersonal sincera, real y activa entre el equipo y el grupo familiar.

- Facilita el desarrollo de las acciones propuestas y el cumplimiento de los objetivos propuestos.
- La familia accede con menos resistencia y con mayor flexibilidad al cumplimiento con los compromisos contraídos con el equipo de salud.
- Permite constatar y verificar la información obtenida por otros medios acerca de las condiciones de salud de la familia.
- Permite identificar los problemas y necesidades expresos y ocultos y la disponibilidad real de recursos y su manejo.
- Facilita la vigilancia y el seguimiento de la evolución de los logros alcanzados.
- Se obtiene una visión global de la familia y de su comportamiento real frente a los problemas generales y de salud específicamente.
- Permite el desarrollo de las actividades de educación para la salud dirigida a la toma de conciencia y a procurar un cambio en el comportamiento.
- Posibilita el desarrollo de la investigación operativa.
- Permite ampliar la cobertura de práctica del programa salud familiar.

Desventajas:

- Desventajas como tal no presenta la visita domiciliaria, pero pueden surgir o derivar de una falta de organización y programación por parte del servicio de salud y del equipo de visita, lo que puede resultar ser inoportuna y causar rechazo en el grupo familiar. Esto hace necesario que la visita domiciliaria deba estar justificada y con los objetivos bien precisos, para evitar contratiempos y pérdida de credibilidad del servicio asistencial, así como del equipo de salud.

Según Salazar: Los criterios de selección para la visita domiciliaria, deben establecerse con base a los criterios de adscripción de la familia al programa de salud familiar.

1. Criterios para la adscripción

- Criterio socioeconómico: se le confiere prioridad a los grupos familiares clasificados dentro de los estratos de mayor pobreza y pobreza extrema, derivados de la aplicación del Método Graffar Modificado.
- Criterio epidemiológico: se clasifica a la familia con base a los riesgos de salud, considerando aspectos del ciclo de vida familiar, factores endémicos y epidémicos de las enfermedades infectocontagiosas, factores de incapacidad e invalidez, enfermedades ocupacionales, necesidades

de atención del enfermo terminal y seguimiento en el hogar de pacientes que no requieren hospitalización.

- **Criterio demográfico:** se considera a los distintos grupos poblacionales. Los menores de 5 años son los más vulnerables, y entre este grupo, los menores de 1 año, siendo aún más susceptibles a enfermar los menores de 1 mes.

Criterio administrativo: está relacionado con los recursos disponibles (técnicos, humanos, materiales y financieros), que redundan en todo caso, con el aumento de la cobertura según la demanda real del servicio de salud, con base a las necesidades y riesgos del grupo familiar.

2. **Criterios de selección.** En este sentido, el criterio epidemiológico es el que prevalece por encima de los restantes para la selección de la familia para la visita domiciliaria.

- **Criterio epidemiológico:** para la visita domiciliaria se considera la magnitud del daño en cuanto a la morbilidad, mortalidad e incapacidad o invalidez; el riesgo de exposición del individuo; la vulnerabilidad y el grado de dependencia o capacidad para enfrentar o resolver las necesidades de salud.

- **Criterio socioeconómico:** se considera igualmente, los estratos socioeconómicos a través del Método Graffar Modificado, como herramienta que mide la calidad de vida y bienestar de la población.

- **Criterio demográfico:** está relacionado con la estabilidad del domicilio de las familias, es decir, aquellas que hayan permanecido entre tres y cinco años en un mismo sector. Aca se consideran la distribución de la familia en un área determinada, la accesibilidad geográfica, el desplazamiento y la distancia que media entre la vivienda y el servicio de salud, además de la estructura etárea y la razón de masculinidad entre otros.

- **Criterio administrativo:** tomo en cuenta la disponibilidad de recursos con que cuentan las visitas domiciliarias: personal, transporte, recursos de la comunidad y los propios del hogar, además de los servicios de apoyo a la visita.

³Según la OMS (1981), existen algunos criterios mínimos acerca de las situaciones que requieren de forma prioritaria atención domiciliaria, con el objeto de proporcionar información, educación y apoyo al individuo (sano o enfermo) y a su familia. Entre estos criterios se encuentran:

1. Familias con adultos mayores de 80 años.
2. Personas que viven solas o sin familias.
3. Personas que no pueden desplazarse al centro de salud.
4. Familias con enfermos graves o inválidos.
5. Personas con alta hospitalaria reciente.

6. Personas con medicación vital.

Igualmente la OMS, establece algunos objetivos claves con base a estos criterios, que todo programa de atención domiciliaria debe cumplir, entre ellos esta:

1. La proporción de la atención a la población que no pueda desplazarse al centro de salud.
2. La proporción de la información, educación y apoyo al enfermo y su familia.
3. Facilitar la prevención primaria, secundaria y terciaria.
4. Evitar ingresos innecesarios.
5. Unificar la calidad de atención de todos los profesionales implicados: protocolos de actuación, sesiones clínicas control del dolor, prevención de úlceras, etc.
6. Promover la coordinación entre la oferta de servicios sanitarios y sociales.

Enfermedad crónica en personas que cumplen criterios de admisión para visitas domiciliaria.

La enfermedad crónica, la discapacidad y la muerte son experiencias universales que ponen a las familias frente a uno de los mayores desafíos de la vida, es necesario un nuevo enfoque que permita y facilite la relación de los procesos crónicos de las personas con su entorno social y familiar.

Para poder trabajar con familias necesitamos un plan que permita entender los fenómenos que se producen en las familias y su entorno social y de que manera afectan a cada uno de sus miembros y al conjunto del sistema.

Existen distintos aspectos que relacionan la familia con la enfermedad crónica, entre los que destacamos los siguientes:

- La enfermedad crónica es capaz de producir efectos negativos sobre la familia, efectos que actúan sobre la función y organización familiar.
- La familia puede influir en el curso de la enfermedad crónica, entendiendo que la interacción entre la familia y la tipología de la enfermedad pueden tener una influencia positiva o negativa sobre el curso del proceso crónico.
- La familia es la fuente principal de recursos y apoyo social con que cuenta el paciente crónico para afrontar con éxito los problemas a que da lugar la enfermedad, destacando el papel de la cuidadora primaria que es la que aporta el máximo apoyo instrumental, afectivo y emocional.

La atención familiar, considerada como un modelo orientado hacia un enfoque holístico, puede aportar el soporte conceptual y tecnológico necesario para abordar de manera distinta y nueva a los enfermos crónicos, inmobilizados y terminales, capacitándonos para resolver tanto los

problemas físicos de las personas como los problemas psicosociales a las que está sometida la familia cuando uno de sus miembros sufre una enfermedad crónica.

Desde esta nueva perspectiva de la atención domiciliaria centrada en la atención familiar, el abordaje de la enfermedad crónica deberá cumplir el objetivo general de realizar actividades de asistencia, prevención, promoción y rehabilitación de la salud en las personas, desde la triple perspectiva, individual, familiar y social, en el domicilio del paciente.

Explicativo:

Mi relato de experiencia tiene como finalidad poder visibilizar la importancia del dispositivo de visitas domiciliarias como estrategia no sólo de atención primaria de Salud en el abordaje sino también en el segundo nivel de atención de personas con enfermedades crónicas, dentro de este marco en particular paciente con fibrosis pulmonar secundaria a artritis reumatoidea con requerimiento de oxigenoterapia crónica domiciliaria, quien es un paciente de sexo masculino (poco frecuente), con diagnóstico tardío de esta enfermedad reumatológica, el cual posterior a su diagnóstico iba a trabajar en bicicleta con la mochila de oxígeno cargada a su hombro y hoy requiere de su aparato concentrador de oxígeno las 24 hs con alta dependencia de los cuidados brindados por su familia y el sistema de salud que lo acompaña. ³Reúne criterios epidemiológico por sobre todos los demás ya que la asistencia a un centro de atención actúa como factor de riesgo de enfermedades infectocontagiosas. A su vez es un paciente con incapacidad de moverse por sus propios medios, quien requiere silla de ruedas constantemente ya que realizar 3 pasos de caminata le genera aumento de su disnea habitual, consecuencia de la hipoxemia crónica. Si bien se encuentra cursando una enfermedad progresiva con múltiples reagudizaciones no requiere de internación. Cumple con criterios de tipo administrativo, ya que al ser controlado de forma domiciliaria evita costos de internación, disminución del uso de recursos tanto humanos como materiales.

Vemos como se ha producido un aumento de la prevalencia de enfermedades respiratorias crónicas y de su larga supervivencia lo que ha motivado al aumento del número de pacientes en situación avanzada de la enfermedad y en techo terapéutico. Sin embargo, este hecho epidemiológico no se ha acompañado de un desarrollo paralelo de programas de cuidados paliativos, lo que motiva que los enfermos que se encuentran en esta situación no reciban los cuidados médicos óptimos para asegurar su confort y evitar ingresos sucesivos que poco aportan a su pronóstico y calidad de vida. Dentro de estos cuidados paliativos se plantea la necesidad del dispositivo de visita domiciliaria como programa para el abordaje del paciente y la familia. Ya que en este tipo de pacientes en particular la asistencia a un centro de atención conlleva un riesgo potencial de complicaciones.

Dentro de las limitantes que se presentan a la hora de la estructuración de estos dispositivos se visibiliza la carencia de recursos inicialmente humano; personal de enfermería, kinesiólogos, psicólogos, equipo de salud mental, trabajador social cada uno de ellos importantes para que en la construcción de la atención se pueda realizar un abordaje interdisciplinario y transdisciplinario, no

solo en pacientes con enfermedad pulmonar avanzada, sino en cada paciente que cumpla los criterios de admisión a un sistema de atención domiciliaria. Además se aprecia carencia de recursos materiales y móvil de traslado para poder llevar a cabo dicha tarea.

En el curso de estos cuatro meses desde junio a septiembre han cursado internación 4 pacientes por diferentes motivos, que reúnen criterios para la atención en domicilio para los cuales por las limitantes antes dichas no se puede lograr un seguimiento longitudinal y una mejora en la calidad de vida.

Síntesis:

Conclusión:

A partir de esto surge...¿Porque es importante utilizar el dispositivo de visita domiciliaria para los médicos generalistas y el equipo de salud?

²La importancia radica en que es una estrategia de atención de salud, destinado a brindar a la persona y a su familia, asistencia en domicilio, a fin de promover, prevenir, recuperar y rehabilitar a los beneficiarios en aquellos casos en que su situación de salud lo permita y en los que se encuentren dadas las condiciones de contención y socioeconómicas en el núcleo familiar, para que este dispositivo pueda ser llevado adelante. La misma abordará aspectos relacionados con la salud física y psicoemocional de la persona y su entorno inmediato.

Permite poder respirar el mismo aire, estar por unos minutos en el lugar del sujeto, conocerlo de forma integral desde una clínica ampliada. Como experiencia personal me permitió conocer a esta persona en particular, a su familia, al sufrimiento en relación a su padecimiento, a las herramientas que le sirven como fortalezas y a la necesidad de ser abordado con una estrategia que le permita mejorar la calidad de vida tanto de él como de su familia.

Como estrategia desde el sector de segundo nivel, sería de suma importancia la creación de dicho dispositivo ya que en nuestro caso en particular el área de cobertura del SAMCo Dr. Nanzer tiene una alta adscripción de personas.

Propuestas:

- Elaboración de un plan de acción para abordar este tipo de estrategia dando prioridad a las personas que cumplen criterios de admisión a las visitas considerando la necesidad de un equipo interdisciplinario con experiencia en cuidados paliativos, elaborando un esquema de atención de las prácticas a realizar, llevando un registro en planillas e introduciendo dichas planillas en la historia clínica familiar.
- Establecer una red en salud que permita un sistema de referencia y contrareferencia efectivo entre los diferentes niveles de atención.

Bibliografía:

¹LOCALIDAD DE SANTO TOME, SANTA FE Localidad de Santo Tome, Santa Fe [Internet]. Santotome.gob.ar. 2019 [cited 10 August 2019]. Available from: https://www.santotome.gob.ar/Ciudad/datos_generales/ubicacion

²Autor :Gobierno Fe Artículo Titulo- Gobierno de Santa Fe - Internación domiciliaria y otros servicios (Programa de Cuidados Domiciliarios) Website title: Santafe.gov.ar URL: <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/Estructura-de-Gobierno/Ministerios/Salud/Instituto-Autarquico-Provincial-de-Obra-Social-IAPOS/Temas-Especificos/Prestaciones/Internacion-domiciliaria-y-otros-servicios-Programa-de-Cuidados-Domiciliarios>

³Roca y Ubeda citado en Sanchez (op cit p. 195) 1993 “La visita domiciliaria en el programa de Salud Familia”

AutorProf. Asdrubal Velasco Prof. Marybel Duran [Nov, 2003] Trabajos de visita domiciliaria como programa de abordaje de familias Disponible en: <https://www/trabajos-pdf5/visita-domiciliaria-como-programa-abordaje-familia/visita-domiciliaria-como-programa-abordaje-familia.shtml>

Prevención de las enfermedades crónicas [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2019 [cited 18 January 2019]. Available from: https://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/