

PROGRAMA MEDICO ASISTENCIAL DOMICILIARIO*

DR. JAIME MOTLIS

Jefe del Departamento Médico Asistencial Domiciliario, Servicio y Cátedra de Medicina (Prof. H. Alessandri), Hospital del Salvador, Santiago, Chile

INTRODUCCION

El programa de atención médico asistencial que a continuación se expone, ha pretendido seguir las normas que el Comité de Expertos de la OMS en Administración Sanitaria adoptó en 1951 sobre salud pública (1), y que fundamentalmente consisten en considerar como un todo al individuo y a la colectividad de que forma parte en cuanto se refiere a prevenir enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud física y mental.

Este concepto de la salud pública, tiene su aplicación en el hospital, del cual se ha dicho: El hospital por su tradición y prestigio, es el sitio al cual la colectividad acude en busca de salud, y gracias a sus instalaciones de equipo y a su personal especializado, es el que está en mejores condiciones para absorber el conjunto de variadas funciones de un programa de protección, fomento y recuperación de la salud (2).

Esta dependencia fue vislumbrada, en 1919, por el Dr. Bluestone (3), entonces director del Hospital Montefiore, de Nueva York. Pensó que a la preocupación médica por los trastornos físicos y espirituales de los pacientes, había que agregar los aspectos sociales, entre ellos los del núcleo familiar del paciente y su situación económica, de que dependen la vivienda, la alimentación, el vestuario, etc., así como la índole de su trabajo.

Estas consideraciones adquieren especial significación cuando se trata del paciente crónico, cualquiera sea su edad, cuyas relaciones familiares pueden tornarse críticas, especialmente desde el punto de vista emocional y económico. Y más aún si se piensa en el temor que inspira a los familiares un enfermo contagioso o que padece de una

afección de consecuencias ruinosas para el núcleo familiar.

Por otra parte, el costo de cama de hospital, cada día mayor, y las nuevas construcciones hospitalarias extraordinariamente caras, empujaban, tanto a los médicos como a los técnicos en salud pública, a buscar una alternativa que beneficiara al enfermo y redujera la carga económica que su asistencia significaba para el Estado o para las instituciones filantrópicas.

En 1947, el Hospital Montefiore, siguiendo las ideas del Dr. Bluestone, creó el "Home Care Program" para evitar la hospitalización de los pacientes crónicos, tratándolos en el hogar mediante un equipo médico asistencial que se preocupaba, no sólo del paciente, sino también de su familia. El éxito de este programa hizo que lo adoptara gran número de hospitales de Estados Unidos y luego de otros países. En Chile se creó en el Servicio de Medicina (Prof. H. Alessandri) del Hospital del Salvador, en 1956, a modo de un plan piloto para adquirir experiencia acerca de la enfermedad reumática, que permitiera atender al enfermo en su domicilio por largo tiempo, una vez dado de alta del hospital. Los resultados obtenidos fueron el estímulo para poner en marcha el actual programa médico asistencial domiciliario.

En este momento hay en Estados Unidos experiencia de esta índole sobre enfermedad reumática (4), cardiopatías (5), hemiplejías, cáncer, enfermos psicóticos, etc. (6).

Hemos traducido al español "Home Care Program" por "Programa médico asistencial domiciliario". Con esta denominación se pretende decir que se trata de un conjunto de normas que un equipo médico asistencial viene aplicando en el hogar del enfermo, considerado en el total de sus problemas,

* Manuscrito recibido en julio de 1962.

con el objeto de proteger, fomentar o recuperar su salud.

El propósito de este programa es tratar al enfermo crónico en su hogar. La Comisión de Enfermedades Crónicas, de Estados Unidos, da esta definición de enfermedad crónica: "Deterioro de la salud que requiere un largo período de control médico. En general va acompañada de incapacidad, por efecto del deterioro biológico, fisiológico o social, que impide al paciente desempeñar sus actividades normales".

Las enfermedades crónicas más importantes son: cardiopatías, arterioesclerosis, hipertensión arterial, enfermedades nerviosas y mentales, artropatías, nefropatías, tuberculosis, cáncer, diabetes mellitus y asma bronquial.

Una modalidad especial del programa mencionado es el "Loeb Nursing Center" (con 80 camas) en el Hospital Montefiore (7). Con este programa se pretende establecer una etapa entre el hospital y el hogar del paciente, cuando éste es dado de alta. En vez de convalecer en su casa, el enfermo pasa a un servicio especial, el "Loeb Nursing Center", donde se da preferencia a la rehabilitación. Este programa se propone:

1) Atender al enfermo crónico en su hogar mediante un servicio médico-asistencial integral.

2) Enseñar a grupos de profesionales esta modalidad de medicina asistencial domiciliaria.

3) Promover entre los profesionales y en la colectividad el interés por la defensa integral de la salud del paciente y de su familia.

4) Informar a dichos grupos de los medios de que se dispone y de los que se necesitan para ampliar esta labor en la forma más eficiente posible.

5) Tratar de acercar estas agrupaciones, al parecer inconexas, para que puedan cooperar estrechamente entre sí y obtener de este modo la pronta y eficiente rehabilitación del paciente crónico.

OBJETIVOS

Dividimos éstos en inmediatos y mediatos, y los primeros son: 1) acrecentar la educación sanitaria del enfermo durante su hospitalización; 2) solucionar los problemas socio-económicos y sentimentales del paciente mientras está hospitalizado, y 3) iniciar la rehabilitación del enfermo en el hospital.

Los objetivos mediatos son: 1) evitar la hospitalización de los enfermos crónicos que puedan ser tratados en el hogar; 2) colaborar con el médico de sala para obtener el alta temprana de sus pacientes crónicos, y 3) obtener con estas medidas, por una parte, que las camas de hospital alcancen a un mayor número de enfermos, lo que significa un ahorro importante de dinero, personal y materiales y, por otra parte, evitar, con la ampliación en gran escala de estos programas, la construcción de nuevos hospitales y hasta disminuir el número de camas.

En Chile, país donde el analfabetismo, el alcoholismo y otras lacras sociales adquieren alto porcentaje, si bien se desconocen o no se dejan sentir en el hospital, sólo se las puede comprender y sentirse uno impulsado a hacer algo contra ellas, visitando los hogares de sus víctimas. Sólo así adquiere la medicina un sentido pleno y real.

Y no olvidemos al enfermo. En el hospital el enfermo es uno entre muchos, y el paciente es "visto" por el médico todos los días, pero no siempre es examinado. Además, cuando el paciente tiene ciertas comodidades en su hogar, puede disfrutarlas y gozar su vida privada, lo que no ocurre en el hospital. En Chile este programa tiene otra ventaja, y es que se mantiene el control del núcleo familiar, aun cuando el enfermo está en cama, pues desde ella puede dirigir los diarios quehaceres de la casa, etc., etc.

MATERIAL Y METODO

Para poner en marcha el Programa Médico Asistencial Domiciliario, hay que tener en cuenta: el enfermo, el tipo de enfermedad crónica, el domicilio, el hospital, el área hospitalaria y el equipo médico asistencial.

El enfermo

Los pacientes pertenecen a ambos sexos y su edad varía de los 14 a los 80 años.

En cuanto a sus condiciones económico-sociales se dividen en: 1) acogidos a la ley del servicio de seguro social; 2) con menos de un sueldo vital, y 3) indigentes.

Esta división tiene gran importancia desde el punto de vista de la cooperación que se presta al núcleo familiar.

Aunque sólo de paso, hay que mencionar el grupo creciente y más trágico del enfermo anciano que, aún contando con el apoyo económico de las leyes sociales del país, está en la inopia, sin poderse valer por sí mismo y abandonado de todos.

Tipo de enfermedad

El programa comenzó preocupándose sólo de los enfermos reumáticos activos. Actualmente se ha ampliado a las cardiopatías, bronconeumopatías crónicas, nefropatías, cirrosis hepáticas y úlceras gastroduodenales.

En este momento hay un 40% de pacientes jóvenes de enfermedad reumática activa, y otro 40% está constituido por personas de edad avanzada, con insuficiencia cardíaca congestiva de diferente etiología, y el 20% restante por pacientes de las enfermedades ya mencionadas.

Domicilio

Quedan excluidos del programa los enfermos que no tienen domicilio (que viven en hospederías), los que vienen de provincias y sólo están por corto tiempo en la ciudad, los que viven en sitios carentes de vías adecuadas de comunicación y, por fin, aquéllos cuyos hogares no reúnen un mínimo de condiciones para atenderlos.

Hospital

Según Bravo (2), el hospital es el mejor instrumento para integrar los servicios médicos, sanitarios y sociales. El programa médico asistencial domiciliario tiene su asiento en el hospital. Desde allí sus activi-

dades se dirigen hacia el enfermo hospitalizado en colaboración con los propios servicios médico asistenciales, como se verá más adelante, o bien, desde un comienzo trata al paciente en su hogar, llevándole cuanto el hospital puede ofrecerle en atención médica asistencial, sanitaria, medicamentos, exámenes, etc., etc.

Area hospitalaria

Sólo se incorporan a este programa aquellos enfermos que viven en el área servida por el hospital en que trabajamos, o sea, los 285.872 habitantes que viven en los 1.261 Km.², de los cuales sólo 120 Km.² corresponden a zona urbana.

El equipo médico asistencial

Está formado por uno o más médicos, la enfermera sanitaria, la asistente social, el educador sanitario, la secretaria y el chofer de la ambulancia. Cooperan en las labores fundamentales del Departamento Médico Asistencial Domiciliario los profesores especializados en ergoterapia y el Comité de Cooperadoras Voluntarias.

Del médico

En este programa el equipo tiene dos médicos. En un programa completo, debe haber además un dentista, un cirujano, un médico encargado de terapia anticoagulante, un transfusor, un ortopedista, etc.

El horario de atención debe ser diurno y nocturno, domingos y días festivos. Pero como en Santiago se cuenta con la cooperación de la asistencia pública para casos de urgencia, de esta manera se evitan gastos extraordinarios para mantener turnos continuos de médicos.

El médico jefe del Departamento es el encargado de dirigir, orientar, perfeccionar y coordinar este programa. Hay que recordar y recalcar que se trata de un programa dinámico, cuyas características se están modelando de acuerdo con las características del país.

El médico es el coordinador del programa. Acepta o rechaza a los pacientes cuya in-

corporación al programa se solicita. Visita al enfermo en su domicilio tantas veces como estime conveniente. De nuestra experiencia se deduce que basta, la mayor parte de las veces, una visita quincenal y, más tarde, una mensual. Se informa de la situación emocional, económica y social del núcleo familiar; redacta los informes finales cuando el paciente es dado de alta o transferido a otra zona hospitalaria; preside las reuniones del equipo; es el encargado de obtener los útiles y materiales necesarios para la buena marcha del programa; mensualmente entrega una estadística de la labor efectuada por todo el equipo del programa al jefe del servicio correspondiente y a la dirección del hospital. Busca el apoyo de la colectividad para resolver los múltiples problemas que debe abordar un programa médico asistencial integral.

De la enfermera sanitaria

Los fines de la enfermera son: Educar al enfermo, en el hospital y en su hogar, junto con el grupo familiar en el aspecto curativo y preventivo; lograr una evolución satisfactoria del caso por medio de una asistencia regular de enfermería en el hospital y en el hogar; enseñar, orientar y ayudar al paciente a cumplir las indicaciones médicas, de enfermería, dietéticas, etc., adaptándolas al medio y a la mentalidad del grupo a que pertenece; enseñar técnicas de enfermería tanto desde el punto de vista teórico como práctico; controlar la higiene ambiental derivando los distintos problemas a los servicios técnicos correspondientes; obtener muestras para exámenes de laboratorio, e informar al médico tratante de alguna situación especial que se presente y que interfiera con la recuperación de la salud del enfermo.

De la asistente social

Sus objetivos son: Proporcionar los antecedentes socio ambientales que permiten al médico y al equipo considerar qué casos cumplen con los requisitos enunciados más arriba; procurar recursos materiales y

modificar actitudes familiares a fin de obtener, si es posible, un medio adecuado donde el paciente pueda reposar; obtener oportunamente los beneficios de las leyes sociales del país; ocuparse, además, del analfabetismo y tratar de hallarle una solución adecuada, y tener a su cargo las relaciones entre el enfermo y los centros de rehabilitación si los pacientes la necesitan.

También, busca los recursos de la colectividad y los coordina con los del programa, a fin de lograr la pronta reintegración de estos enfermos a la sociedad.

Del educador sanitario

Tiene a su cargo el perfeccionamiento en servicio del personal encargado directamente de los enfermos y de sus familiares, en los siguientes aspectos: a) de la información (verbal y escrita), y b) de la entrevista (sólo en la de tipo educativo y de investigación). Además entrena al personal voluntario en cuanto a las relaciones con enfermos y familiares, en los hogares, que este personal atenderá. Finalmente, colabora en la formulación de planes de trabajo y en el enfoque de las investigaciones a realizar.

De la secretaria

Recibe la denuncia del caso. Escribe las tarjetas correspondientes una vez que el enfermo ha sido incorporado al programa; mantiene el fichero y las fichas clínicas al día, en relación con las visitas que el personal del equipo va efectuando; atiende las consultas de los médicos, de los enfermos o sus familiares; escribe los informes; cita a las personas que el equipo estima necesarias para las reuniones o para abordar algún problema concreto, y actúa de secretaria de las reuniones, etc., etc.

Del chofer de la ambulancia

Además de conducir al médico, a la enfermera sanitaria y a la asistente social, en sus horas de servicio, a las visitas a domicilio, trae y lleva a los enfermos, cuando se necesita, al hospital para sus exámenes o para ciertas reuniones. En casos de urgencia, es quien lleva los medicamentos o el equipo

de urgencia. Sirve de enlace entre los diversos consultorios y el hospital.

De los profesores especializados en ergoterapia

Como en Chile no hay ergoterapeutas, profesión indispensable para el tratamiento y rehabilitación del enfermo crónico, se ha recurrido a los profesores especializados en ergoterapia para que lleven a cabo esta labor en relación con nuestro programa.

Estos profesores prestan estos servicios gratuitamente. Van a los hogares de los enfermos una o dos veces a la semana, y hacen una labor de entretenimiento o de enseñanza de un nuevo oficio. El material necesario para estos fines se compra con donativos de la colectividad (municipalidades, Centro de Cooperadoras Voluntarias, etc.).

Del Centro de Cooperadoras Voluntarias

Se ha logrado crear un Centro de Cooperadoras Voluntarias, formado principalmente por las esposas de los médicos del servicio en que éstos trabajan. Su ayuda consiste en reforzar las labores del equipo, completar la atención a domicilio del enfermo y de su núcleo familiar, conseguir menaje de casa, ropa, alimentos, medicamentos, trabajo, etc., etc., previo estudio del caso, con todos los componentes del equipo. Esto último es muy importante por sus resultados prácticos. También, con el objeto de que su labor sea más eficiente, asisten a cursos breves de enfermería, asistencia social y educación sanitaria.

Se espera establecer más adelante un servicio de amas de casa, o sea de mujeres que, después de seguir un curso especial, presten servicios remunerados, como amas de casa, durante algunas horas, una o varias veces a la semana.

Modus operandi

Este programa comienza dándolo a conocer a las personas que constituyen el equipo, con quienes se reajusta periódicamente de acuerdo con los problemas que se van presentando. Cada cierto tiempo se divulga

en los seminarios del servicio de medicina, donde trabajamos, entre los médicos, residentes, enfermeras, asistentes sociales, dietistas y educadores sanitarios.

Los pacientes pasan a ser beneficiarios del programa por una de dos vías: a) desde la sala donde el enfermo está hospitalizado, y b) desde las policlínicas a donde concurre con el objeto de ser hospitalizado. En ambos casos, insistimos, debe tratarse de enfermos de alguna afección crónica. El médico que estima que el enfermo puede ser incorporado al programa, llena una hoja de interconsulta, donde anota su nombre, dirección, la sala donde está hospitalizado, diagnóstico, tratamiento hecho y por hacer, fecha en que se hizo la interconsulta, y el nombre del médico. Esta hoja llega en el día a la oficina y al día siguiente el enfermo es entrevistado, si está en el hospital, por el equipo (médico, enfermera sanitaria y asistente social). Si el enfermo está en su casa, lo visita un médico del equipo para ver si cumple con los requisitos de incorporación al programa.

El médico se informa de los trastornos médicos y los enfoca con el médico tratante. La enfermera sanitaria comienza su labor de educación sanitaria apoyando la realizada en la sala. Al mismo tiempo, visita el hogar del paciente para ver si reúne las condiciones ya mencionadas para incorporar al enfermo al programa al ser dado de alta. A su vez, la asistente social se informa de los problemas económicos sociales del enfermo y del núcleo familiar, y trata de resolverlos con el apoyo del Centro de Cooperadoras Voluntarias y de los profesores especializados en ergoterapia. El educador sanitario proporcionará al paciente todo el material gráfico concerniente a su enfermedad y le explicará lo que se pretende obtener con él.

Una vez reunidos todos los antecedentes tanto del paciente como de su hogar, el equipo se moviliza para considerar el caso globalmente en sus reuniones semanales. Sería muy largo enumerar todas las sorpresas resultantes de problemas insospechados, los que hacen a veces que la excelente atención

médica del hospital tenga un rendimiento nulo, cuando el enfermo se enfrenta a situaciones familiares que le impiden seguir las indicaciones dadas al salir del hospital. A pesar del corto trayecto caminado, es satisfactorio que el trabajo en equipo del programa haya permitido, dentro de escasos recursos, solucionar múltiples problemas relacionados con la salud del enfermo.

Antes de ser dado de alta, se interroga al enfermo para comprobar si ha comprendido lo que se ha dicho sobre su enfermedad y su tratamiento. Si el resultado es pobre o negativo, la enseñanza se prosigue en el domicilio, en especial, en escala familiar.

Ya en su casa, el enfermo es visitado periódicamente por el médico, quien lleva a cabo la labor que se muestra más adelante en forma esquemática. En lo posible, se procura que la enfermera sanitaria lo visite una vez a la semana durante el primer mes, para insistir en los puntos enseñados en el hospital y para ver si cumple las indicaciones de reposo, régimen alimenticio y toma los medicamentos.

En este momento los profesores especializados en ergoterapia dan comienzo a su labor de distracción o de enseñanza mediante algún oficio manual que permita al paciente ganarse la vida.

El Centro de Cooperadoras Voluntarias colabora con la enfermera sanitaria y con la asistente social, siguiendo los planes trazados en las reuniones del equipo.

Altas. El enfermo deja el programa por los siguientes motivos: a) Después de un plazo de alrededor de cinco meses, una vez que se ha comprobado que ha mejorado, que cumple con las indicaciones médicas y está en condiciones de reincorporarse a sus obligaciones, se le da de alta y deriva hacia los servicios ambulatorios del hospital.

b) Otras veces, debido a los progresos de la afección, hay que hospitalizar o rehospitализar al paciente. En estos casos el equipo se informa de la evolución del enfermo en el hospital hasta que reingresa en el programa.

c) El enfermo cambia de domicilio y pasa

a vivir en otra circunscripción o área hospitalaria.

d) El enfermo fallece.

En todo estos casos, el médico jefe del programa redacta un informe final que engloba el aspecto médico asistencial y educativo tanto del enfermo como de su familia. Además se anotan las prescripciones que se estiman que el paciente debe continuar.

Toda esta labor del equipo queda incorporada a la ficha clínica del hospital, la que se maneja en la oficina mientras el enfermo está en el programa, y hace la atención fácil y expedita.

Toda esta labor se resume como sigue:

ATENCION DURANTE LA HOSPITALIZACION

1. *Del médico:* Asesora al médico de la sala en:

- a) Diagnóstico
- b) Tratamiento curativo
- c) Tratamiento preventivo
- d) Educación individual
- e) Previsión y beneficios sociales
- f) Destaca, en reunión del equipo, los problemas médicos y sociales del enfermo y de su núcleo familiar

2. *De la enfermera:* Asesora a la enfermera de la sala en:

- a) Educación: Conceptos sobre la enfermedad, tratamiento curativo, profilaxis, importancia del control posterior
- b) Aspectos psíquicos: adaptación al ambiente del hospital
- c) Confort físico
- d) Problemas dietéticos

3. *De la asistente social:*

- a) Encuesta socioeconómica
- b) Contacto familiar
- c) Previsión y beneficios sociales
- d) Contactos para la ergoterapia

ATENCION DOMICILIARIA

1. *Atención médica:*

- a) Control periódico
- b) Control periódico de problemas de enfermería y asistencia social

2. *Atención de enfermería:*

- a) Control del tratamiento
- b) Exámenes de laboratorio y observación de síntomas y signos
- c) Aspectos psíquicos: readaptación al hogar
- d) Comodidad física
- e) Educación: paciente, reforzar conceptos; grupo familiar, demostraciones prácticas de atención de enfermería de acuerdo con sus recursos, y concepto de reposo y de profilaxis
- f) Control de higiene ambiental

3. *Atención de asistencia social:*

- a) Ejecución del proyecto de tratamiento social
- b) Control de readaptación y rehabilitación
- c) Control de beneficios previsionales

4. Atención de profesores especializados en ergoterapia

5. Atención del Centro de Cooperadoras Voluntarias

La atención en consultorio sigue las mismas normas de la hospitalización y la domiciliaria, y funciona con el equipo médico asistencial del consultorio.

REUNIONES

Una vez a la semana se reúnen las personas que constituyen el equipo del Programa Médico Asistencial Domiciliario. Asisten también, por invitación especial, la enfermera sanitaria jefe de la zona, la asistente social jefe de la zona y la enfermera jefe del servicio de medicina.

Estas reuniones tienen por objeto hacer una crítica del programa a través de los múltiples problemas que se van presentando y hacer éste lo más expedito posible para que su acción sea efectiva y amplia. En este sentido llevamos al hogar del paciente todo cuanto el hospital y la comunidad pueden ofrecerle para obtener su más completo y rápido restablecimiento.

Se celebran otras reuniones destinadas a discutir algún caso en particular, por algún problema específico que no puede solucionar uno sólo de los componentes del equipo. En otras ocasiones la reunión es de carácter exclusivamente médico, y sólo concurren a ella los especialistas del caso. Estas reuniones

han servido, indirectamente, para fijar conceptos y normas terapéuticos para determinadas afecciones (concepto de reposo, horarios de administración de medicamentos, duración de una terapéutica, condiciones para reincorporar a un paciente a su trabajo, etc., etc.).

EVALUACION

Desde el punto de vista económicosocial de un país, podemos citar las siguientes estadísticas:

a) En Gran Bretaña se espera reducir el número de camas de hospitales, para 1962, en 130.000 de las 470.000 que hay (8). Basándose en la aplicación, *in extenso*, de este programa.

b) En Francia se logró con este programa una economía de 1.364.000 NF por el Ministerio de Salud en 1960.

El Hospital Montefiore, por su parte, logró rebajar el costo por día de atención, de 30 dólares, a 4 dólares, mediante el "Home Care Program".

Y no olvidemos al enfermo. A las ventajas, ya mencionadas en la introducción, que este programa supone para el paciente, agreguemos la satisfacción personal de todo el equipo del Departamento Médico Asistencial Domiciliario, de que todo el esfuerzo, completo y costoso efectuado en el hospital, ha sido reforzado en el hogar del paciente, obteniendo su reincorporación a la sociedad en un tiempo mucho más breve de lo que ocurría anteriormente y en mejores condiciones, no sólo físicas sino también espirituales. El ciudadano de nuestros días que tiene la desgracia de caer enfermo, y que, al mismo tiempo, ve que la sociedad a la cual él y los suyos pertenecen, lo respalda en forma efectiva desde los puntos de vista médico, económico y social, reacciona en forma mucho más favorable que el paciente que no es ayudado a resolver sus múltiples problemas.

LABOR DOCENTE

De acuerdo con la experiencia que hemos adquirido mediante la aplicación práctica a la realidad chilena de este programa, esti-

mamos de utilidad que se incorpore a la enseñanza que se imparte a los estudiantes de medicina, y que se continúe con los internos y los médicos residentes. También debe incorporarse a los programas docentes de las estudiantes de enfermería, asistencia social y educación sanitaria, por ser la única manera de mostrar una realidad indivisa de lo que ocurre más allá del hospital, terreno hoy desconocido de todas aquellas personas que sólo atienden enfermos hospitalizados. Les mostrará, además, que es necesario un enfoque integral de los múltiples problemas de que es víctima un enfermo crónico, y los medios con que, en un dado momento y lugar, se cuenta para darles solución.

NUESTRA EXPERIENCIA

El primer asunto que resolver al iniciar nuestras actividades, fue dónde ubicar el centro de acción. Hay hospitales, v. gr., el Hospital Montefiore, de Nueva York, donde el Departamento de "Home Care" es independiente, y está ligado a los servicios de medicina social.

Nosotros hemos preferido situarnos dentro del Servicio de Medicina Interna del Hospital, porque es más económico y más eficiente (están más a mano todas las facilidades administrativas y técnicas del centro que nos prestará su apoyo para este tipo de labor); el contacto con los enfermos, estudiantes, residentes, etc., es mayor; nuestro personal vive más intensamente, tanto los problemas del paciente y sus familiares como los del hospital, dentro del servicio de medicina como fuera de él, etc.

Nuestro centro de actividades está en el Hospital del Salvador (Santiago, Chile). Este hospital cuenta con 1.000 camas, aproximadamente, distribuidas en servicios docentes de medicina, cirugía, maternidad, neurología, urología, otorrinolaringología, oftalmología y odontología. Además, funcionan anexos al hospital un servicio de cáncer y otro de dermatología.

El radio de acción de nuestro programa se extiende hasta 30 minutos del hospital, en auto por buenas carreteras.

El horario de trabajo del personal de plantilla del equipo es el siguiente: un médico jefe, 3 horas diarias de trabajo; un médico ayudante, 2 horas diarias; una secretaria a jornada completa; una enfermera sanitaria a jornada completa; una asistente social a jornada completa, el chofer de la ambulancia, 4 horas diarias.

En doce meses de trabajo han ingresado en el Programa Médico Asistencial Domiciliario 133 enfermos. Han sido dados de alta 101. Están actualmente en el programa 32.

La distribución por sexo es la siguiente: mujeres, 92, y hombres, 41. La distribución por edades: de 15 a 20 años, 21; de 21 a 30, 35; 31 a 40, 20; 41 a 50, 14; 51 a 60, 18; 61 a 70, 20, y de 71 a 80, 5.

Los diagnósticos son los siguientes:

Enfermedad reumática.....	54
Insuficiencia cardíaca.....	32
Hipertensión arterial.....	5
Infarto del miocardio.....	3
Arterioesclerosis coronaria.....	1
Hemiplejía.....	3
Glomérulo nefritis aguda.....	3
Nefropatía crónica.....	1
Reumatismo crónico.....	3
Hepatitis aguda.....	4
Cirrosis hepática.....	4
Bronconeumopatías.....	5
Diabetes mellitus.....	4
Miscelánea.....	11

De estos enfermos han fallecido 7 (todos padecían de insuficiencia cardíaca de larga evolución).

De los 133 pacientes, fueron rehospitalizados 18 (3 de los fallecidos, los otros por agravación momentánea de su enfermedad, para completar su estudio, por alcoholismo consuetudinario, etc.).

El promedio de días de permanencia de los enfermos en este programa ha sido de 79,8.

El costo por día de atención en el programa es de E° 6 (E. U. A. \$2,60) aproximadamente (factores variables en un programa en desarrollo), en contraste con E° 15 (E. U. A. \$6,50) que es el costo día-cama en el hospital.

COMENTARIO Y RESUMEN

Se podrá decir que estas ideas no son nuevas, ni mucho menos originales, ya que Hipócrates había escrito: "La vida es breve, el arte perdura, las oportunidades huyen, la experiencia engaña, es difícil formarse un juicio. Más no basta sólo el médico con su arte, sino precisa el apoyo del paciente y de los que lo circundan y de su ambiente". Pero es indudable que fue el Dr. Bluestone quien concibió la manera de hacer factibles estas ideas de acuerdo con la realidad de nuestro tiempo y de nuestros medios. Y en este sentido podemos estar satisfechos de que los resultados hayan sido altamente alentadores. Se ha creado un nexo entre el hospital y el hogar del paciente, con la cooperación de la colectividad, y en este sentido es interesante señalar cómo a través de un programa de esta especie se van integrando instituciones para concurrir a la pronta readaptación y rehabilitación del paciente crónico a la sociedad.

La aplicación de estas ideas, en la circunscripción o área de un hospital, en la capital de Chile, con un alto porcentaje de enfermos de escasos recursos económicos o indigentes, es lo que hemos tratado de llevar a cabo en

este Programa Médico Asistencial Domiciliario.

Hemos dado a conocer los objetivos y propósitos, en cuanto a enfocar los problemas médico asistenciales del enfermo crónico en una forma global, teniendo como centro de actividades el hospital y orientando nuestra atención hacia el hogar del paciente, con la cooperación de la colectividad. Se han expuesto los requisitos para realizar en la mejor forma posible este programa. Se ha detallado la constitución del equipo del Departamento Médico Asistencial Domiciliario y sus funciones. Se ha descrito el *modus operandi* del equipo, en sus múltiples aspectos.

Por fin, se hace referencia a la evaluación del programa y a su importancia en la labor docente de las escuelas de medicina, de enfermeras, de asistentes sociales y de educadoras sanitarias.

AGRADECIMIENTOS

Nuestros agradecimientos, por la colaboración prestada en este programa, a las Sras. Inés Rodríguez (asistente social), Laura Bustamante (enfermera), Olivia de Gazmuri (Presidenta del Centro de Cooperadoras Voluntarias), y al Sr. René Quintana (educador sanitario).

REFERENCIAS

- (1) Enfermería de Salud Pública, *Crónica de la OMS*, 15:83, 1961.
- (2) Bravo, A. L.: *Doctrina y Política*. Sociedad de Salubridad, Santiago, Chile, dbr. 14, 1960.
- (3) Bluestone, E. M.: Principles and practice of home care, *Jour. Am. Med. Assn.*, agto. 14, 1954.
- (4) Cherkasky, M.: Rheumatic Fever Program. Montefiore Hospital. Department of Home Care, New York City, 1950.
- (5) Rossman, I.; Eger, S. D., y Cherkasky, M.: *The treatment of cardiac patients on a home care program*. Modern concepts of cardiovascular diseases. A.H.A. XIX, jlo. 1950.
- (6) U. S. Department of Health, Education and Welfare: *A Study of Selected Home Care Programs*, Public Health Monograph No. 35, 1955.
- (7) *Summary of Project Report for Loeb Nursing Center*. Montefiore Hospital, New York City, mzo. 1959.
- (8) Hospitals of the Future. En *Jour. Am. Med. Assn.*, 176:166, 1961.