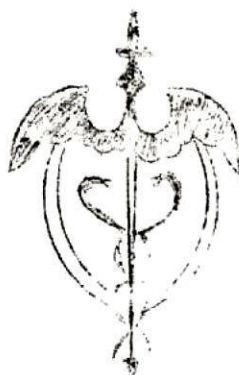


IX CONGRESO NACIONAL DE HOSPITALES

Tema: Visita domiciliaria.



Dr. Guido Miranda Gutiérrez

VISITA DOMICILIARIA.

La visita domiciliaria como acto médico, ha tenido cambios conceptuales muy importantes a lo largo de su práctica. Para comprender plenamente su estado actual se hace necesario revisar desde su origen hasta su actual aplicabilidad.

Me referiré al tema usando un esquema general que contempla los siguientes puntos:

- 1º Concepto general de lo que se entiende por visita domiciliaria.
- 2º Ventajas e inconvenientes de la visita domiciliaria.
- 3º Experiencias de este tipo de consulta en la Caja Costarricense de Seguro Social, y
- 4º Tendencia actual de la visita domiciliaria.

Mi intención no es agotar el tema; trato simplemente de plantear conceptos para su discusión.

Concepto general:

Podemos entender para nuestros efectos la visita domiciliaria como aquella atención médica efectuada en la residencia permanente no ocasional del enfermo, en respuesta a una solicitud del enfermo, o sus parientes.

Ventajas e inconvenientes:

Entre las ventajas principales que se pudo señalar de la visita domiciliaria, están las siguientes:

- 1º Por la propia naturaleza de la visita, el paciente permanece en su propio domicilio no teniendo necesidad de movilizarse, y desde ese punto de vista puede recibir un tratamiento o una atención en un ambiente más íntimo y de mayor confianza.

- 2º El hecho anterior puede hacer sentir al paciente ánimicamente mejor dispuesto para recibir el tratamiento médico y para responder positivamente al mismo. Esta reacción del paciente en ambiente hogareño puede ser aún más positiva en aquellos casos de niños, y sobre todo cuando se trate de enfermedades que requieran vigilancia y atención higiénico-dietética.
- 3º Reduce el número de hospitalizaciones o de solicitudes de atención en la consulta externa.
- 4º El paciente y la familia reciben al médico de su escogencia.

Como inconvenientes o desventajas podemos citar los siguientes:

- 1º La solicitud de la visita domiciliaria es siempre extemporánea y habitualmente trastorna el programa de trabajo del médico, quien la realiza de acuerdo a sus posibilidades. Por lo tanto, no es una atención oportuna.
- 2º A menudo se trata de pacientes desconocidos para el médico, que reciben una atención incidental, a veces sin relación con su pasado o futuro patológico. Tanto más, si se trata de pacientes en tratamiento activo.
- 3º Los recursos complementarios de diagnóstico a disposición, son muy limitados, ya que habitualmente no se dispone de posibilidades de observación del enfermo, laboratorio, radiología o interconsultas con otros colegas.
- 4º Finalmente, el médico que realiza la visita emite una prescripción, cuyo despacho y administración al enfermo depende de las disponibilidades de atención farmacéutica y de los recursos económicos del paciente.

En resumen, este tipo de visita domiciliaria, que podríamos llamar "de tipo privado", como acto médico es inoportuna, circunstancial, incompleta y de alto costo para su rendimiento.

Si ahora referimos los conceptos descritos a una relación como la generada en

tre la CAJA y sus asegurados, tendríamos:

- 1º En nuestro medio, y está así demostrado, origina abusos de parte de quienes solicitan la visita a domicilio puesto que frecuentemente se pide ésta por parte de los familiares del paciente cuando en un número muy considerable de casos no se requiere dicha consulta.
- 2º Es difícil programar las diferentes solicitudes y contar con suficiente y adecuado servicio de transporte de los médicos. Lunes y martes casi duplicarán los llamados comparados con viernes y sábado.
- 3º El número de pacientes por hora que puede atenderse es considerablemente menor al que podría verse en una consulta externa, por lo que se requiere contar para una amplia consulta domiciliaria con mucho mayor número de horas médicas y consecuentemente con mayor número de profesionales médicos.
- 4º Como es lógico observar, los tres inconvenientes antes citados originan a su vez mayores conflictos de orden administrativo y por supuesto un incremento de gastos en el orden económico financiero.
- 5º Cuando se deben rechazar solicitudes de los familiares por falta de cupo, siempre se originan quejas y molestias a los solicitantes interesados.

Experiencias en la Caja Costarricense de Seguro Social.

He estimado conveniente, independiente de estos aspectos positivos y negativos del tipo de consulta domiciliaria, en los que he hecho nada más una referencia de carácter objetivo, señalar aunque sea en forma muy somera, el tipo de experiencia que en esta actividad hemos tenido en la Caja Costarricense de Seguro Social. Para ello me he permitido incluir un cuadro que incluye información estadística sobre la forma en que ha venido operando el sistema y

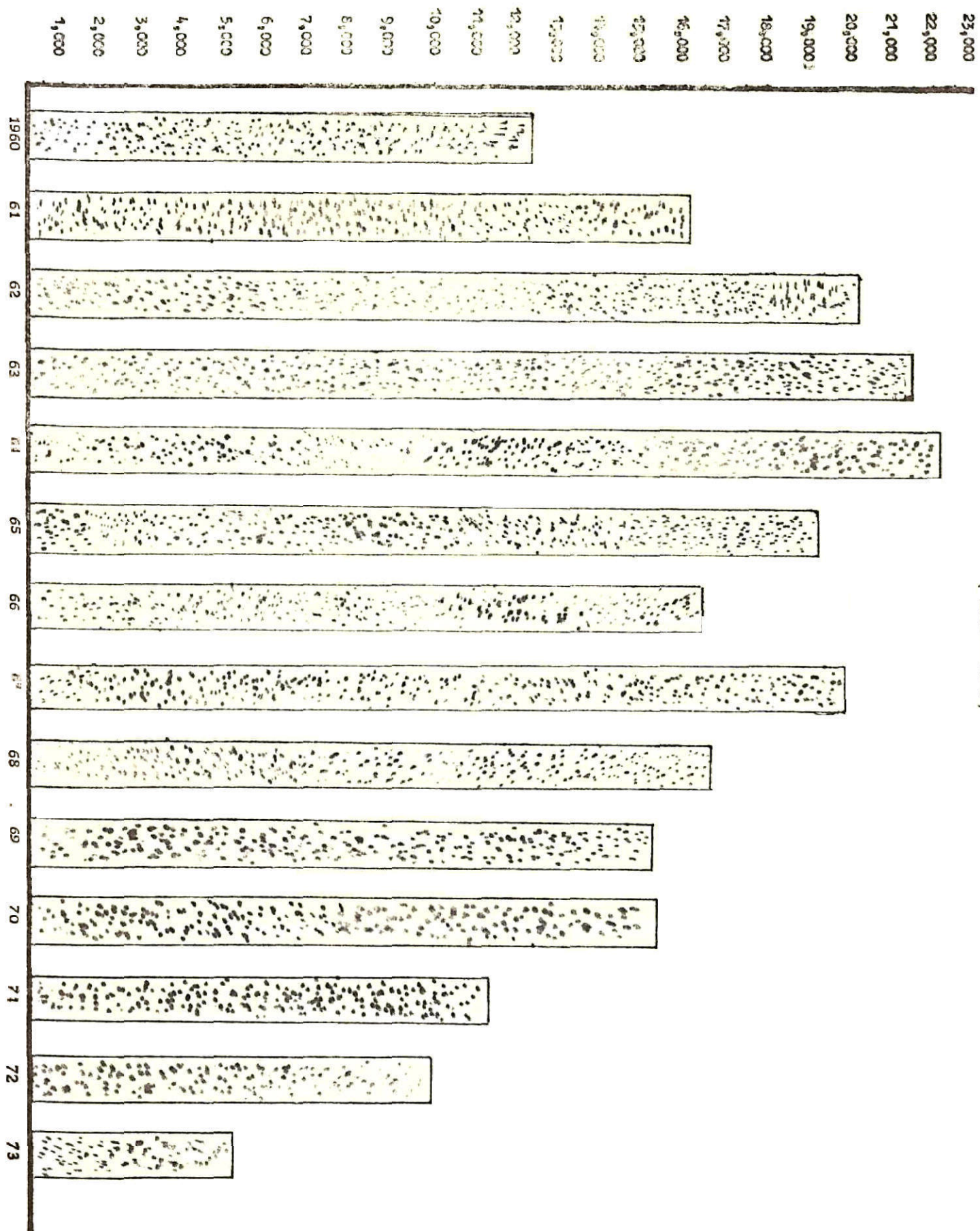
que indica por años, el número de visitas domiciliarias que se han venido realizando en todos nuestros servicios asistenciales, de 1960 a 1973. También un gráfico que muestra la tendencia que nos señalan las cifras del cuadro citado.

VISITAS A DOMICILIO ATENDIDAS POR LA
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

(1960 - 1973)

1960	12,435
1961	16,178
1962	20,123
1963	21,502
1964	22,242
1965	19,167
1966	16,439
1967	19,779
1968	16,487
1969	15,173
1970	15,249
1971	11,297
1972	9,760
1973	5,050

VISITAS A DOMICILIO ATENDIDAS POR LA C.C.S.S.
(1960 - 1973)



Dentro del área rural de nuestros servicios médicos podemos decir que la consulta domiciliaria ha sido relativamente mínima, y ello se debe fundamental - mente a los aspectos de vías de comunicación, problemas de transporte y leja - ña de las residencias de los pacientes a los centros asistenciales. En el área urbana ha sido notoriamente más intensa esta actividad porque operan más bien en sentido inverso los factores enunciados. Sin embargo, hasta donde ha sido posible se han tratado de restringir consultas de esta naturaleza en nuestros servicios médicos por razones obvias, siguiéndose la práctica de efectuarla solo bajo ciertos sistemas de evaluación y/o control, con cupos li - mitados. Cuando las solicitudes se han presentado como casos señalados de emergencia, decidimos entre hacer la visita domiciliaria si es factible o en - viar de inmediato la ambulancia para traer al paciente a nuestros servicios. Como caso de interés ilustrativo quiero citarles uno concreto, que se refiere a nuestro Dispensario de la Provincia de Heredia. En este Dispensario hace algunos años existían cinco horas diarias de visita a domicilio para la comunidad herediana. El sistema que se seguía era el de que el familiar del pacien - te se presentaba a una ventanilla, con el título de "Visitas a domicilio", a solicitar la atención médica para el paciente familiar que indicaba se encontraba enfermo en su casa. Diariamente tres médicos tenían a su cargo este tipo de consultas a domicilio, de los cuales dos realizaban dos horas cada uno y el otro una hora. A menudo se presentaban problemas de orden administrativo para la suplencia de vehículos en diferentes horas a distintos médicos, y problemas con los mismos familiares de los pacientes por carencia o agota - miento de los cupos asignados durante esas cinco horas. Se llegó a la conclusión después de analizar el caso específico de este Dispen - sario, de que una gran mayoría de las visitas a domicilio que se realizaban no

se ameritaban, y que en muchos casos éstas eran pedidas con carácter rutinario por mayor comodidad de los asegurados, lo cual se venía constituyendo en una costumbre y en un vicio. Se pudo constatar que tal práctica seguida por los asegurados se tipificaba en un grupo de profesionales dedicados a la docencia. Como anécdota quisiera contarles el caso interesante que se presentó en este Dispensario (que no era único sino que a menudo se daba) con el Dr. Francisco Barrantes, nativo de la misma Provincia de Heredia, quien laboraba con nosotros en ese lugar y que un día cuando llegó a efectuar una visita al domicilio de un paciente de San Joaquín de Flores, la esposa de éste le dijo: "Quico espere un momento porque Juan anda en la Agencia del Banco Nacional y ahorita viene para que lo podás ver".

Se observaba que cuando los cupos de visitas a domicilio se agotaban, a menudo los familiares de los pacientes se molestaban porque no podían ser atendidas sus solicitudes oportunamente, mientras que otras familias, que constituían un grupo considerable, pedían cita en la consulta externa corriente del Dispensario.

Como se pudo constatar que efectivamente había abusos en la consulta y que además de ello se presentaban problemas de naturaleza diversa para la realización de la misma, se optó por tomar las siguientes medidas de parte de la Jefatura de dicho Dispensario:

- a) Se suprimió una hora diaria de las cinco que se realizaban en visita domiciliaria y se utilizó ésta en la propia consulta externa. Con esto se eliminó el efectuar por lo menos cuatro visitas diarias.
- b) Al trasladarse uno de los médicos que hacía dos horas de visita a domicilio a otro Dispensario, la Jefatura respectiva aprovechó tal circunstancia para eliminar esas dos horas e incorporarlas también a la consulta

externa del Dispensario, aquí se disminuyó el número de visitas en otros ocho pacientes diarios.

- c) Se estableció como procedimiento por parte de la Jefatura Médica, que para obtener una visita a domicilio el familiar debía presentarse ante la misma y obtener la autorización correspondiente para que la visita se hiciera.
- d) Finalmente se eliminó el rótulo de la ventanilla "Visitas a Domicilio" y hoy solo se hacen las visitas mínimas indispensables que oscilan entre dos y cuatro diarias, siguiéndose siempre el procedimiento de hacer una valoración de la necesidad en cada caso por parte de la Jefatura Médica respectiva.

Tendencia actual:

La visita domiciliaria, dentro de la concepción actual, debemos entenderla - bajo una conceptualización diferente. Constituye ahora un aspecto proyectivo del medio hospitalario. Es parte de la "atención progresiva del paciente" , término que surge en los últimos años como resultado de continuos esfuerzos para encontrar nuevos y mejores métodos técnicos y elevar la calidad de atención médica a los pacientes. Así nos encontramos que la Organización Panamericana de la Salud adoptó la siguiente definición clásica de "atención progresiva del paciente: "concepción mediante la cual se organizan los servicios hospitalarios y otros afines según las necesidades de atención del paciente, en tal forma que el enfermo reciba los servicios de atención en el grado que los requiera, en el momento más oportuno y en el sitio o área del hospital más apropiada a su estado clínico".

Partiendo de esta conceptualización, el medio infra-hospitalario encuentra terreno fértil y un adecuado camino para los programas de salud. Pero en ello, nuestro hospital debemos entenderlo, en términos generales, en función de tres grandes áreas básicas desde el punto de vista de la atención del paciente en este sentido de atención progresiva. Estas tres grandes áreas se jerarquizan y subdividen en torno al grado de cuidado que requieran los pacientes, y así encontramos:

- 1°. Una Unidad o Área de Cuidados Intensivos , que es la que se utiliza para la atención de pacientes agudos graves y que abarca en especial tres grupos de enfermos que se clasifican así:

- a) Pacientes que presentan inestabilidad de uno o más sistemas fisiológicos mayores, tales como el circulatorio, respiratorio, renal y digestivo (paro cardíaco, paro respiratorio, coma, deshidratación grave y otros estados similares).
 - b) Pacientes cuyos sistemas fisiológicos mayores son estables, pero que corren el riesgo de desarrollar una complicación (pacientes de afecciones coronarias que están estabilizados en cuanto a su accidente circulatorio pero que en un momento dado presentan arritmia; o pacientes sometidos a una intervención quirúrgica mayor y que por su naturaleza corren un riesgo semejante; estos son los pacientes en los cuales la función del monitor es esencialmente detectora de una crisis).
 - c) Pacientes que, por su estado clínico, requieren una continua vigilancia médica y de enfermería, y la utilización de equipos o instrumentos especiales que sólo se encuentran en la Unidad de Cuidados Intensivos (pacientes con hemodiálisis renal, con problemas respiratorios que requieren un respirador de presión positiva y/o negativa, y similares).
- 2°. Area de Cuidados Intermedios, en que se ubican a aquellos pacientes agudos menos graves y en donde localizamos las unidades para hospitalización de pacientes agudos (en términos generales los distintos salones con que cuenta el Hospital) y servicio de recuperación.
- 3°. Cuidados mínimos, para aquellos pacientes físicamente autosuficientes, o parcialmente incapacitados, que requieren cuidado mínimo.

En lo relativo a cuidados mínimos es donde encontramos las unidades para hospitalización de convalecientes, unidades para hospitalización de larga estancia, las consultas externas y la atención por visita domiciliaria. Nuevamente dentro de esta última área y con carácter preponderante, encontramos un amplio campo de aplicación de cuidados progresivos del paciente, -entendido éste en el sentido antes citado-, y de proyección del hospital a la comunidad.

En esta forma la consulta domiciliaria viene a originarse, en la mayoría de los casos, después de que el paciente ha pasado por cuidados intensivos e intermedios, para llegar a requerir la atención de un cuidado mínimo, que puede darse tanto dentro del hospital, o en el consultorio con carácter externo.

Surge aquí el tercer grupo de pacientes que pueden completar su tratamiento mediante la atención progresiva a sus cuidados mínimos en su propio domicilio. Esto se hará a través de un grupo o equipo humano de trabajo, que puede estar constituido no sólo por profesionales médicos sino también y hasta donde ello sea posible por enfermeras, auxiliares de enfermería, técnicos paramédicos, trabajadoras sociales, educadoras del hogar, damas voluntarias, etc.

Es entonces, a partir del establecimiento y puesta en marcha de un adecuado servicio de Cuidados Intensivos a nivel del hospital, y de la atención que luego se deriva a los servicios de cuidados intermedios, que podemos pensar en los cuidados mínimos y en la atención progresiva del paciente en la consulta domiciliaria, pero bajo el criterio de lo que el mismo hospital o consulta externa consideran que requiere el paciente y no a la inversa, como tradicionalmente se realizaba dicha consulta domiciliaria.

En este sentido se da un mejor servicio, se disminuyen las estancias hospitalarias, se aprovechan mejor los recursos materiales y humanos disponibles y se aminoran los costos, sobre todo si a la vez adoptamos la implantación de un servicio de medicina preventiva a nivel hospitalario cuyas actividades es tán debidamente coordinadas con las unidades de cuidados mínimos.