

Hermanos de
San Juan de Dios
Barcelona

Año 41. Segunda época. Julio - Agosto - Septiembre 1989

Número 213. Volumen XXI

CONSEJO DE REDACCIÓN

Director

Miguel Martín

Redactores

Joaquín Plaza
Pilar Torres
Mariano Galve
Francisco Sola

Administración

Benjamín Pamplona

Secretaria de Dirección

Lourdes Coll

CONSEJO ASESOR

Francisco Abel
Felipe Aláez
Ramiro José Alloza
Miguel A. Asenjo
Ángel Calvo
Jesús Conde
Rudesindo Delgado
Francisco de Llanos
Joaquín Erra
Rafael Herrera
Fernando Jordán
Pilar Malla
Antonio Marsat
Amat Palou
Inmaculada Roig
M.ª Dolores Vázquez

DIRECCIÓN

Curia Provincial
Hermanos de San Juan de Dios
Carretera Esplugas s/n
Teléfono 203 40 00
08034 Barcelona

Publicación autorizada por el Ministerio
de Sanidad como Soporte Válido. Ref.
SVR n.º 401.

ISSN 0211-8268

Depósito Legal: B. 2998-61

EGS - Rosario, 2 - Barcelona

Sumario

EDITORIAL	183
Un número especial	
ENTREVISTA CON EL MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO DON JULIÁN GARCÍA VARGAS	184
« COMO MINISTRO DE SANIDAD HE APRENDIDO MUCHAS COSAS EN EL TERRENO PERSONAL... »	
IX CERTAMEN DE ENFERMERÍA ESPAÑOLA « SAN JUAN DE DIOS »	197
HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO Y ENFERMERÍA: DATOS Y REFLEXIONES TRAS LAS PRIMERAS EXPERIENCIAS EN ESPAÑA »	
SUMARIO	201
INTRODUCCIÓN	202
Capítulo I CONSIDERACIONES GENERALES	202
Capítulo II DELIMITACIÓN DEL CONCEPTO DE H.D.	204
Capítulo III ANÁLISIS DE LOS TRES PRIMEROS SERVICIOS DE H.D. EN ESPAÑA	206
Capítulo IV RECURSOS EN H.D. LA PLANTILLA DE ENFERMERÍA	212
Capítulo V IMPORTANCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMERÍA EN H.D.	214
Capítulo VI ADMINISTRACIÓN DE ENFERMERÍA EN H.D.	216
CONCLUSIONES	219
ANEXOS	220
INFORMACIONES	227

EDITORIAL

UN NÚMERO ESPECIAL

Es posible, amigo lector, que te hayamos sorprendido de nuevo con este número de **LH** que tienes entre tus manos.

Habitado ya al clásico reparto de temas de acuerdo a nuestras secciones tradicionales —organización, humanización, pastoral, ética—, o al no menos clásico abordaje monográfico de un solo tema, últimamente en relación con el Día del Enfermo, habrás quedado extrañado ante la oferta que te hacemos en el presente.

No se busquen más razones a lo que es tan sencillo. **LH** ha tenido acceso al material que te presenta y ha considerado conveniente ofrecerlo a sus lectores, tanto por la calidad que creemos contiene el mismo como por su actualidad.

Dialogar en profundidad con un Ministro de Sanidad desde la perspectiva que interesa a la filosofía de nuestra publicación, no es algo frecuente. Y poder ofrecer, en exclusiva, un Premio de Enfermería sobre un asunto tan interesante y tan poco estudiado hasta el momento presente como es

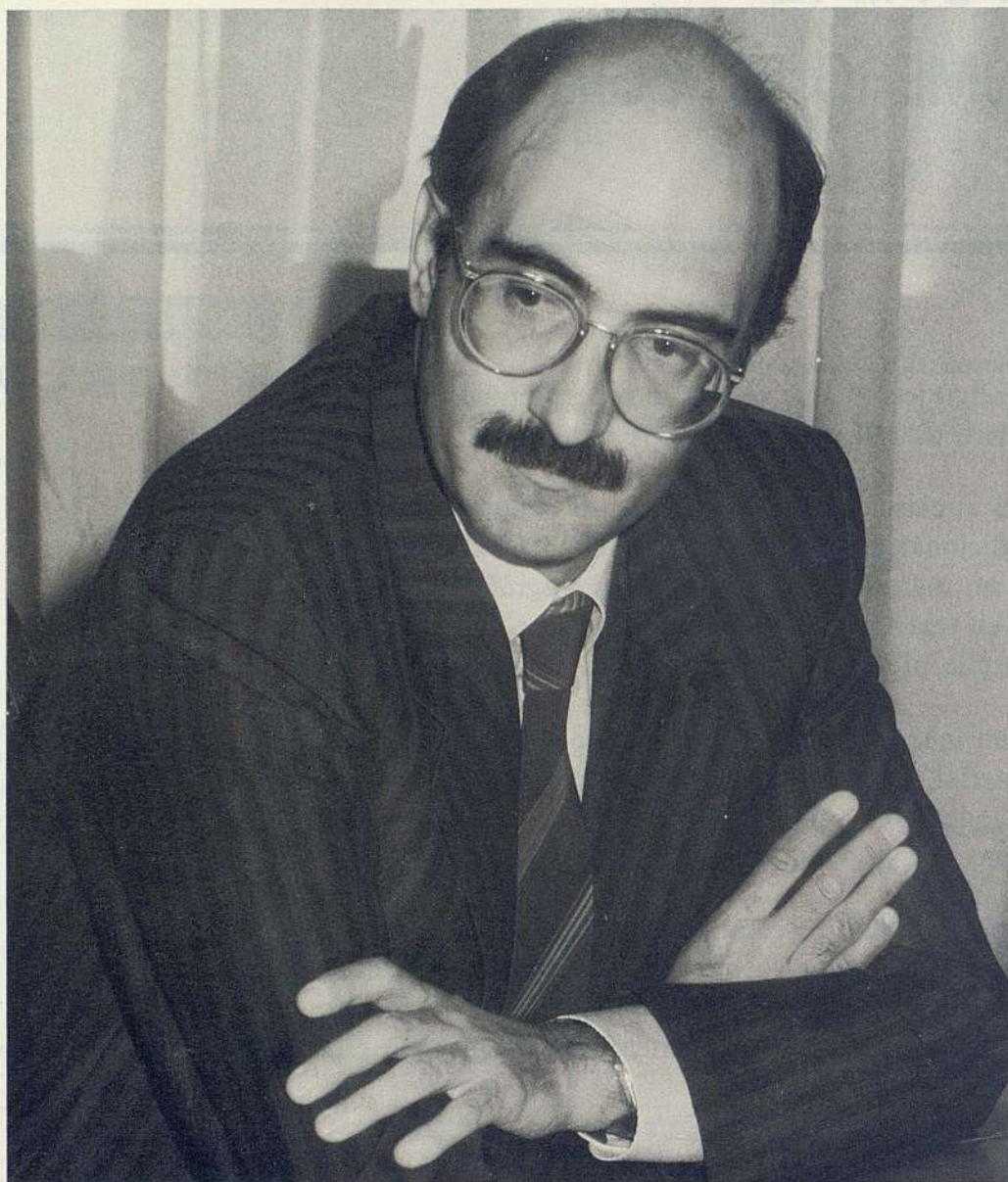
La Hospitalización a Domicilio y Enfermería, tampoco.

Con estas bazas en nuestra mano no teníamos ninguna duda: había que ofrecérselas a nuestros lectores.
Y así lo hacemos.

Creemos, sinceramente, que nuestra oferta merece la pena.
En esa confianza la ponemos en vuestras manos.

LABOR HOSPITALARIA

ENTREVISTA CON EL MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO
DON JULIÁN GARCÍA VARGAS



«**COMO MINISTRO DE SANIDAD
HE APRENDIDO MUCHAS COSAS
EN EL TERRENO PERSONAL...»**

Desde hacía tiempo íbamos detrás de él. Concretamente desde que el Ministerio de Sanidad y la Orden Hospitalaria firmaron el Acuerdo Marco de mutua colaboración. Hicimos las gestiones oportunas para ello pero no llegaron a culminar.

Pero las casualidades de la vida nos hicieron coincidir al señor Ministro de Sanidad y a un servidor en una soleada mañana del mayo pasado. ¿Saben dónde? En el Capítulo Interprovincial que los hermanos de san Juan de Dios celebramos en Ciempozuelos (Madrid). Sí, allí acudió como invitado don Julián García Vargas para impartir una conferencia a los hermanos presentes. También él era consciente de la excepcionalidad de su presencia —«es probable que sea la primera vez en la historia que un Ministro asista a un Capítulo de una Orden religiosa»—.

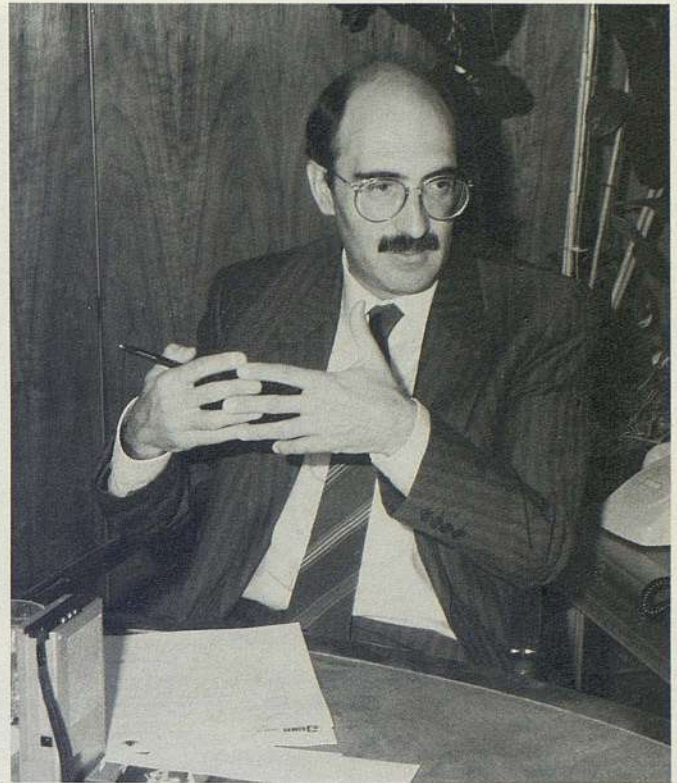
Y aprovechando tal excepcionalidad me acerqué a su lado en un momento determinado y le recordé las solicitudes que en su día le había cursado. Al tiempo que expresaba su extrañeza, el señor Ministro sacó de su bolsillo una pequeña agenda y buscó en ella una fecha. Habíamos dado en el blanco.

En el día indicado, el hermano Vicente Pérez Cano, entonces director de *Juan Ciudad* —la revista de los hermanos de san Juan de Dios en Andalucía—, Jordi Fábrega, nuestro fotógrafo oficial, y un servidor, nos presentábamos en el Ministerio de Sanidad y Consumo, en el madrileño Paseo del Prado.

Convenientemente identificados, fuimos acompañados a la sala de espera del despacho del señor Ministro. Minutos después era don Julián García Vargas quien nos invitaba a pasar al mismo. Le acompañaba el Jefe de su Gabinete de Prensa. Más tarde se uniría al grupo don Eduardo Arrojo, Director General de Asistencia Sanitaria. Tras degustar un sabroso café, que amablemente nos ofreció, comenzamos la entrevista. El hermano Vicente y yo habíamos pactado previamente una nueva formulación de nuestros particulares cuestionarios que aligerasen la misma. No parecía oportuno distraer durante mucho tiempo la atención de todo un señor Ministro de Sanidad. Así se lo propusimos. Pero él prefirió dar respuesta, una a una, a cada una de nuestras preguntas. Y así lo hizo y, además, con calma y con generosidad en la extensión.

Fue una hora y media larga de diálogo. Distendido, ameno —no faltaron las bromas—, pero con profundidad y rigor.

Inicialmente presumíamos que muchas de nuestras preguntas le iban a resultar un tanto extrañas. Pero la verdad es que respondió a todas con idéntica claridad y convicción. Incluso quisimos intuir detrás de muchas de ellas el talante y la calidad humana del hombre que teníamos delante de nosotros desempeñando una función de Ministro de Sanidad. Veán, si no, ustedes mismos y juzguen.



«La sanitaria es una actividad donde las relaciones humanas deben cuidarse de forma exquisita»

—Señor Ministro, ¿cómo describiría usted la situación sanitaria en España?

Yo la veo en un momento de transición, en la medida en que estamos pasando de un sistema de Seguridad Social, con un gran número de instituciones públicas, semipúblicas y privadas dispersas, a un Sistema Nacional de Salud. Ello significa un proceso relativamente lento, que supone la integración de centros públicos, la coordinación con los privados y de esfuerzo de gestión. Por lo demás, compruebo cada vez que viajo o leo los medios de comu-

“La diversidad que tiene la Iglesia hace que, a veces, no sea tan fácil aprovechar la potencialidad de colaboración que puede ofrecer”

“A lo largo del último año hemos hecho especial hincapié en que los Servicios Religiosos de los hospitales mejoren”

“Nuestro problema actual con las religiosas en los hospitales es que no encontramos las suficientes”



«La tensión existente surge respecto a lo que se pide del sistema y lo que el sistema puede dar»

nicación extranjeros que la situación sanitaria de España está sufriendo las mismas tensiones que en el resto de los países.

Esas tensiones se derivan de una situación común. Últimamente se han producido tres hechos, coincidentes en el tiempo, que implican que la asistencia sanitaria sea una actividad extraordinariamente difícil de gestionar.

En primer lugar, una explosión de conocimientos técnico-científicos como no había habido nunca en la historia de la humanidad, cuyo crecimiento es mucho más acentuado que el de las posibilidades presupuestarias en cualquier nación.

En segundo lugar, se ha cubierto a toda la población en cuanto a la asistencia sanitaria y, por tanto, las demandas de todo el conjunto de la población, de todos los grupos sociales a la vez, crecen también más deprisa que los medios económicos puestos a disposición de los sistemas sanitarios.

Por último, la población está envejeciendo al tiempo que, por parte de la familia, se va adoptando un papel menos solidario de lo que era habitual, especialmente en las sociedades del Sur de Europa.

Si usted combina estos tres factores deducirá enseguida la insatisfacción en la población, la dificultad de gestión, la dificultad de financiación... Esto está ocurriendo en todos los países industrializados. En España, donde tenemos menos posibilidades económicas, menos camas por mil habitantes; donde, sobre todo, nos faltan camas de cuidados intermedios o recursos para atender, por ejemplo, a los enfermos terminales o a los psíquicos, donde no hay sufi-

cientos servicios sociales que complementen a los servicios sanitarios obviamente aparecen unas tensiones preocupantes que no tienen una raíz estrictamente sanitaria, sino de insuficiencia de servicios sociales en general.

—Da la impresión de que el sanitario es hoy un mundo especialmente crispado. ¿Está usted de acuerdo en ello? ¿A qué causas puede obedecer?

No estoy de acuerdo con ello. Desde que llegué al Ministerio, se ha hecho un esfuerzo permanente para mejorar la sintonía dentro del mundo sanitario y se ha avanzado mucho. Lo que ocurre es que las dificultades que antes le he mencionado, que son comunes a otros países, insisto, resultan ser tan grandes que la principal labor del administrador sanitario ha de ser explicarlas, buscar su solución con la participación de todos los profesionales y, sobre todo, establecer constantemente cauces de diálogo, de participación.

Al actual equipo del Ministerio se le podrá acusar de todo menos de que no hayamos intentado realizar esta misión. La tensión que existe es respecto a lo que se pide del sistema y lo que el sistema puede dar. Es verdad que muchas veces se les pide a los profesionales más de lo que ellos pueden dar, es verdad que existe cierta masificación que hace que los profesionales estén con frecuencia incómodos y los ciudadanos descontentos. Esto es una realidad obvia y que conozco perfectamente. Pero, sin embargo, dentro del sector, las relaciones han mejorado y, por supuesto, nuestros esfuerzos para seguir por esa vía no van a faltar: la

sanitaria es una actividad donde las relaciones humanas deben cuidarse de forma exquisita.

—Parece que los médicos hoy no se sienten especialmente cómodos: bajas remuneraciones, escasos incentivos para la promoción, jubilación a una edad en la que dicen estar en plenitud de facultades...

Miren, en todos los países la profesión médica ha sufrido unas transformaciones enormes en los últimos veinte años. Lo mismo que ha ocurrido con otras profesiones, también tradicionales, como puede ser la de enseñante, etc.

Es verdad que las remuneraciones no son altas. Es verdad que los médicos ya no gozan de ese respeto indiscutido de la sociedad que les hacía en gran medida inmunes a la crítica y, es verdad, que ahora se les exige cada vez más, y a veces no con los mejores modos, por parte de la población.

Ocurre también que la profesión se ha superespecializado, con lo que el grupo profesional que forman ya no es tan compacto. Al mismo tiempo, trabajan con medios cada vez más sofisticados y ello les hace perder protagonismo frente a las máquinas. Lo que quieren muchas veces los ciudadanos no es tanto ser tratados por el médico sino por el aparato del que ese médico dispone. Y, por último, hay que subrayar el hecho de que trabajar en centros sanitarios sometidos a gran presión, en los que la vida no es siempre fácil, produce frecuentemente un ritmo estresante.

Todo esto hace que debamos mantener un diálogo constante que suavice esas tensiones que, normalmente, no se deben ni a errores por parte de la propia profesión, ni a una mala política sanitaria, ni en todos los casos a la falta de medios, sino casi siempre, a la suma de muchos factores. Es asimismo verdad que no existen generalmente unos incentivos adecuados de promoción profesional y esto es algo que tiene que abordarse en el futuro Estatuto Marco.

—Pocos colectivos están hoy tan irritados como el de la enfermería. Desde la discutida identidad que se deduce de los intentos de cambio de la estructuración de sus estudios, al intenso trabajo, muchas veces en contacto directo y continuo con realidades estresantes, horarios que dificultan la normalidad de un vida familiar... Todo ello provoca hoy un alarmante descenso de personal titulado en enfermería dispuesto a ejercer...

No coincido en que exista una irritación generalizada entre los Diplomados de Enfermería, al menos en los centros del Insalud, teniendo en cuenta las mejoras retributivas recientes y las responsabilidades que se les va reconociendo. En lo que sí estoy de acuerdo es en la preocupación porque, dentro de un par de años, podamos tener un déficit de profesionales de enfermería. Por eso nos hemos

“La situación sanitaria de España está sufriendo las mismas tensiones que en el resto de los países”

“Al mismo tiempo que la población va envejeciendo, la familia va adoptando un papel menos solidario de lo que era habitual, especialmente en las sociedades del sur de Europa”

“Creo que para el año 1990 todo español que lo desee podrá integrarse en un Sistema Nacional de Salud único”

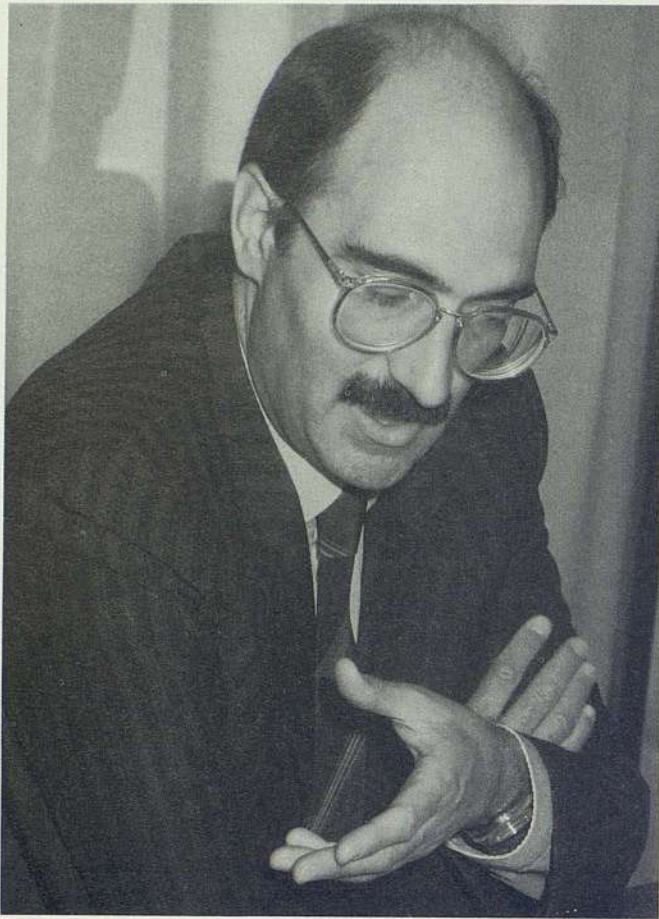
dirigido recientemente al Ministerio de Educación para que potencie el número de alumnos ingresados en las escuelas y que no se corra un riesgo de falta de diplomados que, por cierto, ya han sufrido el resto de los países europeos. De hecho, se está sufriendo en los países europeos de la CEE una carencia grave y empiezan a *robarse* profesionales de enfermería de un país a otro.

A lo largo de los dos últimos años en el Ministerio hemos hecho un esfuerzo grande por mejorar las condiciones de la enfermería. Los acuerdos de septiembre pasado han mejorado retributivamente a estos profesionales que, comparativamente con el resto de los países europeos, no están mal tratados.

Pero es verdad que la dinámica de cambio interno de la asistencia sanitaria provoca un especial desgaste en estos profesionales derivado, incluso, del desdibujamiento de los campos de responsabilidad entre los médicos y los propios ATS y entre éstos y los auxiliares. Probablemente lo que va a ocurrir en los próximos tiempos es que, parcelas que hasta ahora ocupaban los médicos, tendrán que ser ocupadas por ATS en la medida en que mejora el nivel de conocimientos científico-técnicos de éstos. Y, parcelas que ocupaban los ATS, serán desempeñadas por personas formadas a través de la Formación Profesional. Esto supone tensiones y esfuerzo de adaptación por cada persona y, lógicamente, no es fácil.

—Si toda huelga resulta siempre una situación desagradable, en el hospital provoca como un cierto desprecio a la prioridad que el derecho a la vida y a la salud tiene sobre los demás derechos. ¿Cómo piensan afrontar un problema como éste que entendemos reclama una urgente solución?

En el último programa electoral del partido del Gobierno figuraba la elaboración de una ley de huelga que suavizara o redujera los perjuicios que un paro provoca a los ciudadanos y esto es especialmente aplicable al mundo sanitario. No obstante, una ley de ese tipo no resolverá



«La asistencia religiosa no sólo forma parte de los derechos elementales del paciente sino que, incluso, forma parte de nuestra obligación por velar por el mantenimiento de los lazos familiares y de solidaridad que se pueden ir debilitando en nuestra sociedad»

todas las situaciones que pueden surgir y siempre habrá que dar la máxima importancia al diálogo y a la negociación entre las partes. Lo que a mí me llama extraordinariamente la atención es que un sindicato convoque una huelga de limpieza en un hospital, que provoca la paralización del mismo y una incomodidad evidente para los enfermos y, simultáneamente, diga estar muy preocupado por las listas de espera o porque faltan medios de diagnóstico. Son contradicciones que hemos de ir resolviendo de acuerdo con las propias centrales sindicales. Creo que el proceso de maduración que están experimentando las propias centrales a lo largo de los últimos años, debe hacer posible tratar estos asuntos en beneficio de todos, incluidas ellas mismas.

Y, respetando como se respeta el derecho a la huelga, hay que hacer un esfuerzo enorme en nuestro sector para evitar, no ya sólo incomodidades sino a veces, serios riesgos al paciente. Puedo asegurarle que no hay un sector en el que una huelga provoque mayor preocupación al responsable directo del mismo que en el sanitario, donde se trata con el dolor y la vida de las personas.

—*Se percibe como un ostensible desplazamiento del poder de decisión en el mundo de la salud y en especial en el marco hospitalario, desde los médicos y, más en general, los profesionales sanitarios, hacia los economistas. ¿Es real esta percepción? ¿A qué obedece?*

A este respecto puedo contar una anécdota. En estos momentos, en los países de la CEE, tan sólo hay un ministro de sanidad que sea médico. Los restantes somos de procedencia variada y es cierto que abundan los economistas, pero también hay abogados y otros profesionales.

Teniendo en cuenta que a la asistencia sanitaria le dedican los presupuestos generales del Estado más de dos billones de pesetas, esto es fácil de entender. En la medida en que en los últimos lustros ha ido creciendo la participación de los gastos de la asistencia sanitaria en el conjunto de los presupuestos y en el PIB de todas las naciones, es normal que en todas las sociedades exista una gran preocupación de que esta enorme cantidad de recursos se administre con criterios tanto económicos como sanitarios.

Yo veo que, además, nos encontramos en un momento bastante crítico porque a los médicos y demás profesionales sanitarios se les ha educado para sanar y, muchas veces, con el principio de sanar a cualquier precio. Sin embargo, con el paso de los años, hay una tendencia a que los profesionales participen, cada vez más, en que cada una de las unidades monetarias dedicadas a la sanidad se gasten donde son más necesarias, donde son más útiles a la sociedad.

Es decir, se tiene que producir una convergencia entre la formación tradicional que han recibido los profesionales, que incluye el sanar a cualquier precio, y las limitaciones que señalaba al principio de la entrevista, derivadas de que los recursos fiscales de las naciones no crecen a la misma velocidad que los avances científico-técnicos que se ofrecen por parte de la investigación y la industria; no crecen a la misma velocidad que las demandas sociales y no crecen a la misma velocidad que las consecuencias del envejecimiento. Ello obliga a establecer prioridades, colaborando todos en ello.

—*Sin embargo, ante la falta de recursos y por motivaciones en sí mismas más que válidas, grupos ecologistas y pacifistas piden la disminución de los gastos militares en beneficio de los servicios sociales y sanitarios.*

Efectivamente, hay un viejo dilema, válido para todos los políticos, que se acuñó en la Europa del XIX que se esquematiza en *cañones o mantequilla*.

Cualquier persona sensata ha de alinearse con la segunda opción, evidentemente. Ahora ya no se plantea en torno a la *mantequilla*, es decir, a la alimentación de los ciudadanos, sino a servicios sociales. Yo, claramente, me alinee en favor de los servicios sociales.

Y ya que mencionan ustedes a esos grupos, yo me alíneo también a favor de la mayor preocupación que hay por el medio ambiente y la protección de los consumidores, que está íntimamente relacionada con la preocupación por la salud. Cada vez hemos de poner mayor énfasis en estas cuestiones, puesto que con ello evitaremos que, cuando se hable de salud, se hable sólo de asistencia sanitaria. Lo bueno sería que hablásemos de ésta, pero también de fuentes de salud: hábitos de vida sanos, prevención de enfermedades. Que tengamos, como dice la OMS en su programa *Salud para todos en el año 2000*, un auténtico movimiento social detrás de los sistemas sanitarios en favor de la conservación individual de la salud.

—*Señor Ministro, a usted se le adjudica una frase que en su día levantó una gran polémica: «El que quiera una buena medicina, que vaya al Ruber». ¿Es cierta dicha afirmación? ¿Qué sentido tenía en sí misma?*

Mire usted, cuando voy a las emisoras de radio, si no me hacen esa pregunta, yo siempre, al final, medio en broma les digo: ¿«puedo saludar»? y cuando me autorizan, advierto que yo jamás dije esa frase que, malévolamente, me atribuyó un medio de comunicación de tendencia política muy conservadora y que recibió un desmentido oficial. Pero, como desgraciadamente es habitual en estos tiempos, ese desmentido no ha sido tenido en cuenta.

Lo he desmentido ya en tantísimas ocasiones que ya lo hago con un cierto sentido del humor, ya que el desprecio es la única arma contra las infamias de este tipo. Me ale-

gro que me lo pregunten porque si no, lo habría añadido yo al final.

—*¿Cree conveniente y necesaria la creación en España de centros que siguiendo la filosofía de los «hospicios» ingleses se orienten al cuidado de los enfermos terminales? ¿Es una política en función de una mejor asistencia a estos enfermos, o una política de abaratamiento de costes?*

No se pueden plantear estos objetivos separados. En la asistencia sanitaria, como en toda política, los objetivos son muy complementarios. Como he dicho antes, no todos los problemas se resuelven con más medios de diagnóstico, más camas, más profesionales... Hay veces que se resuelven mejor con un enfoque correcto y con un énfasis, como en este caso, en el trato humano y en la especialización de las personas que trabajan en este segmento del sistema. En este campo de los enfermos terminales tenemos que mejorar, contando con centros, unidades y profesionales especializados.

Por tanto, lo que hay que aplicar en este caso es el arte de combinar las cosas, pero siempre con un objetivo prioritario: nada debe atraer tanto nuestra atención como evitar el dolor a las personas en los momentos últimos de su vida. Eso no lo estamos haciendo bien porque no somos capaces, muchas veces, de descender a lo más pequeño y sencillo y, a veces incluso, hay un cierto miedo por parte de los profesionales a manejar los medios farmacológicos que son necesarios en estos casos. Sobre todo estoy pen-



«Me llama extraordinariamente la atención que un sindicato convoque una huelga de limpieza en un hospital y, simultáneamente, diga estar muy preocupado por las listas de espera»

sando en ese problema tan grave que es la incorrecta utilización de las recetas de fármacos psicotrópicos o morfínicos que hace que, con frecuencia, no se administren de forma adecuada a enfermos terminales.

Concretando pues: dentro de esa gran prioridad que es el aumento de camas de cuidados intermedios en los próximos años, hay que dar cabida a estas unidades de terminales, sea en centros propios o en concertados.

—¿Cuándo estarán todos los ciudadanos españoles acogidos en un Sistema Nacional de Salud único, al margen de su cotización o no a la Seguridad Social?

Tenemos un proyecto de Real Decreto aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud que, cuando esté informado por el Consejo de Estado, será aprobado por el Consejo de Ministros.

Podríamos pensar en culminar ese proceso en el año noventa. En la medida que ese Real Decreto establecerá el procedimiento de entrada en el Sistema Sanitario, ya es una cuestión de que cada ciudadano se acerque a solicitarlo.

—¿Cómo piensan integrar en el sistema mencionado a las entidades sin ánimo de lucro? En la Ley General de Sanidad no parecían quedar muy bien paradas...

Hombre, lo que no puede hacerse, aplicando la Ley General de Sanidad, es obligar a las entidades privadas a integrarse en el Sistema Nacional de Salud. No obstante, la Ley de Sanidad abrió una gran puerta de colaboración que es la que estamos utilizando ahora.

No creo que estas entidades queden mal paradas en la Ley. Su texto prevé esa integración, pero no por decreto, forzando a las entidades, sino invitando, atrayendo, concertando en condición de igualdad.

La ley pretendió evitar la impresión de que se intentase integrar a la fuerza, en lo que pudiéramos llamar una *nacionalización encubierta*.

El proceso que debe seguirse en los próximos años consiste en establecer concertos duraderos, por plazos largos,

con las entidades sin ánimo de lucro y privadas en general, con precios más realistas. Esto supondrá una integración voluntaria. Para hacerla posible, tenemos redactado un nuevo marco legal de concertos.

—Se nota últimamente un significativo interés por las vertientes éticas de la salud desde todas las instancias. ¿Cómo ve usted dicho proceso?

Creo que es un proceso absolutamente lógico. Nunca el ser humano había tenido tantas posibilidades de manipular la vida como tiene ahora. Por ello es lógico que nos dotemos de códigos de conducta. Y éstos no pueden ser hechos sólo por los científicos y los profesionales, sino que ha de participar toda la sociedad.

En estos momentos creo que este tema no lo tenemos mal enfocado en nuestro país. Hay una preocupación al respecto en la sociedad española, que es buena, y hay que escuchar lo que la mayoría piensa.

De hecho, los Comités de Ética empiezan a surgir y en algunas especialidades están funcionando ya y, más todavía, no podemos olvidar el papel que juegan las propias entidades representativas de los profesionales, los Colegios. Estos Colegios están justificados en buena medida por su responsabilidad en la buena práctica, es decir, por cuidar de las normas deontológicas. En la medida en que estos Colegios están manifestando una preocupación renovada por este tema, es de esperar que sean capaces de poner en marcha normas aceptadas por todos los miembros, adaptadas a la realidad histórica y social.

Por otra parte, dentro de la CEE se ha elaborado un Código Deontológico para el uso de todos los profesionales de los países miembros, cuya transcripción ya está al alcance de nuestros profesionales.

—Señor Ministro, ¿cree usted en el papel de los Servicios Religiosos en el hospital o se vio presionado por unos acuerdos de rango superior, Santa Sede-Gobierno español, a firmar la aceptación de los mismos?

No me he sentido presionado por nadie en este terreno. Sin embargo, a lo largo del último año, hemos hecho especial hincapié en que los Servicios Religiosos de los hospitales mejoren. No me estoy refiriendo sólo al hecho de que los acuerdos suponían la existencia de sacerdotes al servicio de los pacientes, sino al tema de las capillas, que ha sido una preocupación particular del Ministerio.

Mire, todos los miembros del Gobierno somos conscientes de que la mayoría de los españoles son católicos, practicantes o no. En el Ministerio de Sanidad y Consumo defendemos que todos los ciudadanos que sean creyentes, católicos o de otras confesiones, deben tener garantizada una asistencia en este sentido y un lugar de práctica de su religión en los centros sanitarios. Porque es en éstos donde se ve de cerca la enfermedad, el dolor, la muerte, es decir,

“La profesión médica ha sufrido unas transformaciones enormes en los últimos veinte años”

“En los países europeos de la CEE se está sufriendo una carencia grave de Diplomados de Enfermería y empiezan a «robárselos» de un país a otro”

“A los profesionales sanitarios se les ha educado para sanar y sanar a cualquier precio”

fenómenos existenciales de la mayor profundidad, que exigen que las personas puedan meditar sobre ellos en un lugar tranquilo y cómodo.

Por tanto, yo tengo especial empeño en que las capillas estén aisladas, tengan un espacio adecuado y silencioso, en el que las personas se puedan plantear esos hechos vitales individualmente o con la ayuda de un representante de la Iglesia católica o del ministro de su respectiva religión.

Yo creo que esto no sólo forma parte de los derechos elementales del paciente sino que, incluso, forma parte de nuestra obligación por velar por el mantenimiento de esos lazos familiares y de solidaridad que se pueden ir debilitando en nuestra sociedad.

—No hace mucho se vivió en determinados ambientes un clima de que «echaban a las monjas de los hospitales». Ahora parece haberse calmado dicho ambiente. ¿Cómo ve dicha situación?

Nuestro problema actual es que no encontramos religiosas suficientes. El actual equipo del Ministerio ha tenido un trato muy deferente con ellas, con la FERS... Aquí, como en otros campos, se ha producido un movimiento pendular. Las Hermanas tenían una gran autoridad dentro de los hospitales que, a veces, se discutía por los demás profesionales y ello pudo provocar alguna reacción en contra.

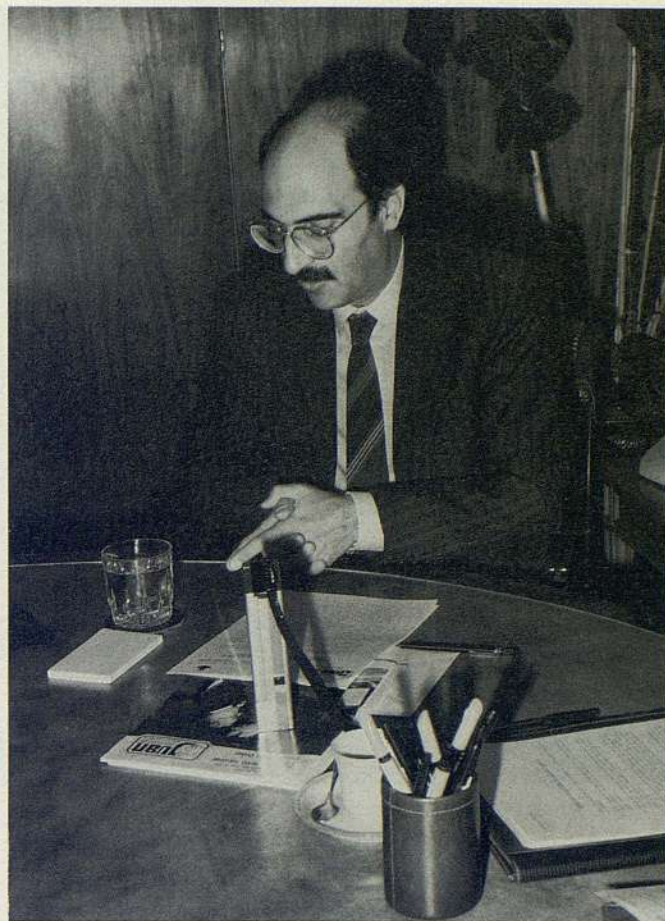
Hoy se ha restablecido la estima por las Hermanas y se va en el sentido contrario. Ahora, al abrir un nuevo hospital tratamos de invitar a estas órdenes, que tienen una gran profesionalidad y experiencia, para que asuman responsabilidades dentro del mismo. El problema, repito, es que no encontramos suficientes religiosas.

Parece que ahora se está dando un cierto renacer de las vocaciones y eso hace prever que en el futuro encontremos profesionales procedentes de estas órdenes. Hay algo inestimable en este sector y es que haya personas que actúan no solamente con profesionalidad, sino por motivaciones de carácter altruista o religioso. Eso es absolutamente impagable y a las personas que actúan desde estas motivaciones hay que cuidarlas especialmente y agradecerles el papel que juegan.

—¿Qué papel estaría llamada a desempeñar la Iglesia en el campo de la Salud? ¿Cómo son sus relaciones con ella?

Creo que la Iglesia es muy grande y, además, muy diversa. Dentro de la Iglesia no sólo están los movimientos que dependen de la jerarquía, sino también las órdenes religiosas y, dentro de éstas, la especial vocación de cada una de ellas.

Esta diversidad hace que, a veces, no sea tan fácil aprovechar la potencialidad de colaboración que puede haber. Pero, mire, hay una tarea, hoy ya fuera de toda discusión,



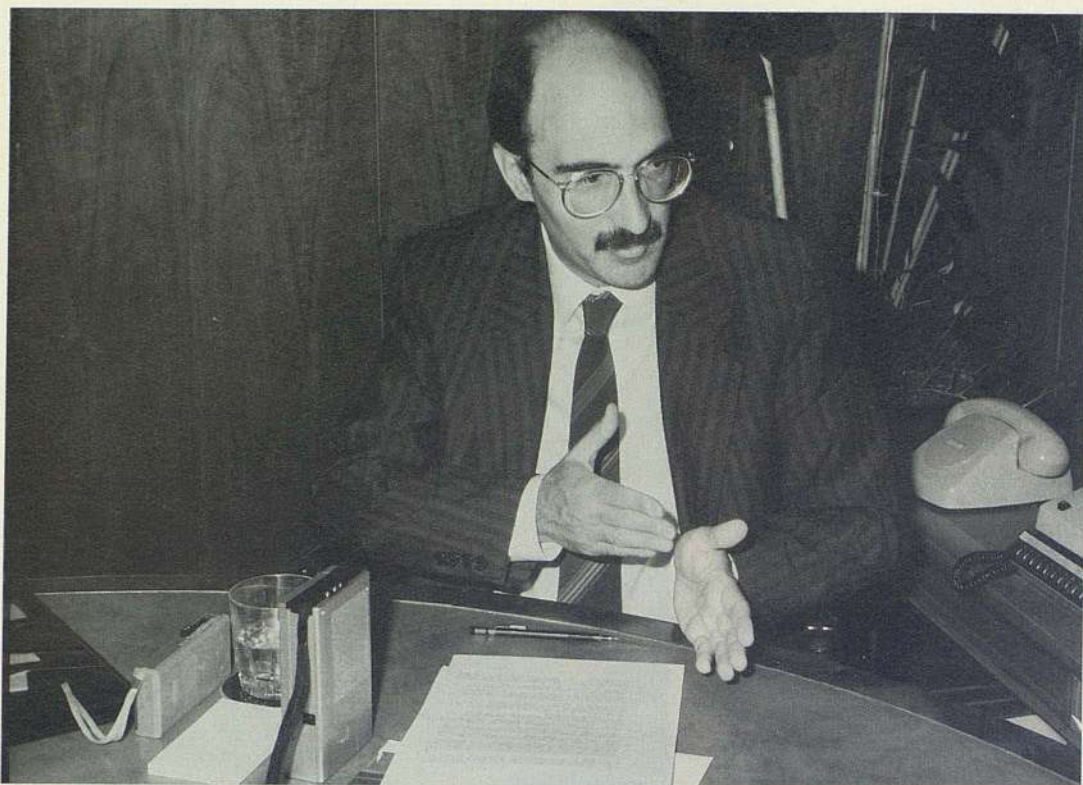
«Que haya personas que actúan no sólo con profesionalidad, sino por motivaciones de carácter altruista o religioso, es algo impagable»

en la que podemos colaborar cada vez más: es la tarea de aprovechar a las órdenes que tienen experiencia en el terreno hospitalario, en el de la asistencia social, en el de la atención psiquiátrica, etc.

Hay otro campo que no hemos explotado suficientemente, que es el del voluntariado. Hemos empezado a trabajar con Cáritas en ello. Concretamente en el campo de la droga, que es bastante delicado y donde el esfuerzo de la sociedad tiene que ser muy colectivo. Y por ahí podríamos avanzar mucho.

El personal voluntario, además, puede ser pluriconfesional. Seguramente muchos españoles no van a tener inconveniente en trabajar en tareas de solidaridad que estén lideradas por una organización que depende de la jerarquía católica, como puede ser Cáritas. Porque es una organización que ha ganado un gran prestigio y en estos momentos aparece por encima de cualquier valoración de carácter religioso o político.

En este terreno, esa marea de sospechas que pudiera haber existido antes, ha desaparecido. Hay ahí un potencial abierto que deberíamos aprovechar, porque nos es indispensable.



«Me preocupa que la sociedad española esté cada vez más penetrada por motivaciones exclusivamente materiales»

—¿Qué cálculos de tiempo se barajan en su Ministerio, respecto al desarrollo del Acuerdo-Marco con la Orden Hospitalaria

El Acuerdo tiene unas previsiones relativamente intemporales, en la medida que la voluntad del Gobierno es que la colaboración con la Orden se mantenga siempre, pero estimo que un tiempo razonable para cubrir lo que textualmente dice el documento que firmamos, sería dos años. Desde luego, la futura forma de trabajar por las dos partes, en beneficio de la sociedad española, debería ser que estos acuerdos, en la medida en que se fueran cumpliendo, se fueran renovando y tuvieran cláusulas de desarrollo de los principios generales para entrar en cuestiones de más detalle.

—Cuantos trabajan en los Centros de la Orden se preguntan, con cierta satisfacción, cuáles fueron los motivos principales de un giro tan espectacular en la apreciación oficial de las actividades asistenciales de los hermanos de san Juan de Dios.

Yo no creo que haya habido un giro tan espectacular en el Gobierno respecto a la Orden, en la medida en que siempre se ha valorado de una manera positiva y agradecida la labor que desarrolla. Ustedes tienen la experiencia de haber mantenido un contacto directo, muy cordial y positivo, con el Presidente del Gobierno. Es evidente que esa actitud del Presidente, incluso la mía propia —que ya

conocía de referencias la Orden y que tengo unas ideas bastante claras respecto a la necesaria colaboración con instituciones de carácter religioso-benéfico en el Sistema Nacional de Salud—, ha favorecido que se suscriba un documento que quiere tener ese carácter intemporal que antes decía.

Lo que ha ocurrido, quizás, en la anterior legislatura es que el Ministerio estaba muy preocupado por el diseño legal del Sistema Nacional de Salud, la redacción de la Ley General de Sanidad y las grandes reformas. Una vez conseguido esto, el Sistema Nacional de Salud que se está construyendo no puede ser monopolista y necesita tener también un sector privado colaborando con él y, especialmente, entidades de carácter benéfico. Además, a lo largo de los últimos años se ha agudizado la aparición de problemas nuevos como el aumento de los ancianos, de los enfermos psíquicos, de personas marginadas, lo que nos obliga a tener una mayor preocupación por los problemas más concretos, más de detalle, en los que ustedes están más especializados.

Todo esto nos ha obligado a volver la vista a quienes puedan ayudarnos en este terreno. Nosotros quisiéramos ampliar este tipo de acuerdos a otras instituciones religiosas femeninas.

—¿Cuál es el aspecto de mayor importancia y urgencia en los trabajos actuales de las dos comisiones mixtas, creadas tras el Acuerdo?

Lo más importante son los enfermos crónicos, refiriéndome sobre todo al más numeroso, el de los ancianos. La sociedad española, muy preocupada por otros problemas, no se da cuenta de algo que se ha producido ya, que es el envejecimiento de la población, que tiene importantísimas consecuencias para las pensiones, los servicios residenciales, los servicios a domicilio y los sanitarios.

Colectivamente, no hemos sabido prepararnos bien, a pesar de que disponíamos de previsiones demográficas. Quizás no teníamos las claves para saber cómo iba a presionar este fenómeno sobre el conjunto de los servicios sociales. Lo que más ha preocupado a los gobiernos han sido las pensiones, y esto se ha mejorado. Pero no todo se arregla con pensiones. También cuentan los cambios que se han producido en la familia, en algunos casos claramente negativos. Por tanto, no se trata sólo de dar pensiones, sino también de dar servicios de carácter personal que no son fáciles de improvisar.

Por eso es muy importante que pudiéramos trabajar conjuntamente, contando con su experiencia, en servicios personales basados en el voluntariado. Ustedes están comenzando a aplicar una nueva iniciativa, que es la creación de un voluntariado propio y por ahí deben ir las cosas. No todo se puede arreglar por parte del Estado, por parte del Gobierno. Aunque la sociedad se mueva aparentemente por dinero, por el éxito, hay mucha gente que quiere materializar su anhelo íntimo de solidaridad: la constitución del voluntariado es algo posible y urgente.

Un tercer punto de preferente colaboración es la psiquiatría. Hasta ahora nos hemos dedicado más a los enfermos somáticos que a los psíquicos y en ese terreno tenemos deficiencias.

—En los planteamientos del Ministerio, ¿hasta qué punto cuenta el hecho de que la Orden no tenga fines de lucro?

Cuenta mucho el que no tenga fines de lucro y cuenta, todavía más, la profesionalidad. Para la concertación y la colaboración de las entidades privadas con el Sistema Nacional de Salud, lo primero que debe buscarse es la profesionalidad y, complementariamente, que no haya ánimo de lucro. Debemos contar con todos los recursos que hay

“El tema de la asistencia psiquiátrica es un asunto bastante preocupante”

“Nada debe atraer tanto nuestra atención como evitar el dolor a las personas en los últimos momentos de su vida”

“Nunca el ser humano había tenido tantas posibilidades de manipular la vida como tiene ahora”

en España de carácter no público, y eso supone colaborar con Centros de carácter empresarial y benéfico, aunque personalmente estimo que el no tener carácter lucrativo es algo que pesa mucho en la sociedad. Que se presente el cuidado de la salud como un negocio, no es algo que se entienda bien por la sociedad española.

Teniendo esto en cuenta, creo que es mucho mejor que las instituciones privadas que quieran colaborar con el Sistema Nacional de Salud tomen forma de cooperativa o de entidad claramente sin fin de lucro.

—Es evidente que los medios de la Orden de San Juan de Dios no pueden ser comparados con los muchos de la Seguridad Social. Pero, ¿en qué parcela de la Sanidad Pública considera usted que la Orden puede realizar cometidos más específicos?

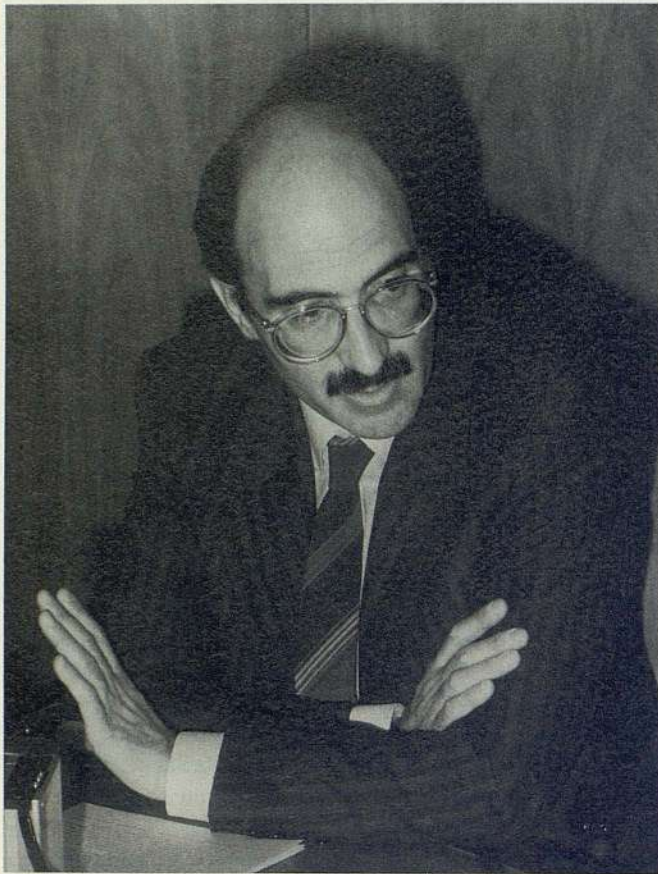
La Orden debe seguir realizando las mismas tareas que hasta ahora: asistencia a ancianos, enfermos psíquicos, terminales y marginados. Además ustedes pueden transmitir al Sistema Nacional de Salud un estímulo de asistencia muy centrada en las relaciones humanas.

En la asistencia sanitaria no todo es cuestión de medios financieros, de personal o técnicos. A medida que pasa el tiempo, vemos las necesidades que surgen con respecto a los ancianos, a los enfermos terminales, o a los psíquicos y nos damos cuenta de que, la mayoría de las veces, su resolución no es cuestión de dinero, es cuestión de especialización, de enfoque adecuado, de actitud y de profesionalidad. Estamos siguiendo en gran medida el modelo de ustedes, nuestros propios hospitales de unidades intermedias, como el Hospital Virgen del Valle, de Toledo que, con muy pocos medios, funciona muy bien.

El problema es convencer a la totalidad de los sanitarios que debe ser así, que no hay que acumular siempre medios de diagnóstico muy costosos o profesionales muy especializados. Muchas veces todo esto no es necesario. También, lo que nos pasa con frecuencia es que disponemos de grandes medios pero nos faltan personas especializadas en el trato humano. Tenemos, a lo mejor, el aparato más moderno y sofisticado; pero, sin embargo, luego los pacientes no están contentos, porque el trato es frío y falla esa terapéutica que es la relación humana. Esto es principalmente necesario en el tratamiento de los ancianos.

Hace falta profesionalidad en ese terreno y en algunos casos un componente vocacional, porque cuando hay motivaciones de carácter exclusivamente generoso y altruista, las cosas salen perfectas. En cualquier caso, nos estamos dando cuenta de que en España y en todos los países europeos hemos tecnificado excesivamente la asistencia sanitaria y ahora hay grupos sociales que demandan menos técnica y un trato más caluroso y agradable.

—Señor Ministro, siendo la psiquiatría una de las actividades sanitarias tradicional y preferentemente



«A veces disponemos de grandes medios pero nos faltan personas especializadas en el trato humano»

cumplidas por la Orden, resulta lógico que tanto los hermanos como los profesionales de sus centros psiquiátricos se muestren preocupados ante situaciones realmente lastimosas en que suelen encontrarse hoy día los enfermos mentales. Por ejemplo: ¿existe algún proyecto más o menos inmediato para agilizar y mejorar los procedimientos de ingreso de los enfermos mentales agudos, así como para hacer más humana la situación de los crónicos?

Este es un asunto bastante preocupante. En la reforma sanitaria se incluía la psiquiatría y además el campo psiquiátrico tenía su propia reforma, definida desde 1984.

La verdad es que esta reforma va bastante lenta y no está aún aplicada del todo. Es más, ahora en algunos lugares se está empezando a retocar en cuanto que se ve que una aplicación excesivamente estricta de la reforma provoca problemas sociales, en la medida en que el enfermo puede estar desarraigado socialmente y se le saca de la institución y no hay una red o una familia que le acoja. Nos damos cuenta de que hace falta, sobre todo, una colaboración muy estrecha de los servicios sociales, así como de la familia, cuando ésta existe, lo que, desgraciadamente, no siempre es el caso.

En este momento creo que la coordinación entre el tra-

tamiento de agudos, que se recibe en los hospitales de la Seguridad Social, y el de los crónicos, que se recibe normalmente en los hospitales de las diputaciones, y los servicios sociales no es la mejor. No tenemos una buena coordinación y el esfuerzo mayor se tiene que hacer en conseguir esta coordinación.

—¿Qué respuesta se piensa dar al descontento general existente respecto al Artículo 20 de la Ley General de Sanidad, que considera a efectos hospitalarios al enfermo mental como un enfermo más?

La Ley General de Sanidad es una ley bastante avanzada que sin embargo exige tiempo para desarrollarse en su totalidad, debido a que integra o coordina instituciones que han funcionado cada una con su propia dinámica, dependiendo de distintas autoridades. Se está haciendo un esfuerzo muy dificultoso para materializar un Sistema Nacional de Salud, porque no andamos sobrados de gestores bien entrenados para ocuparnos de nuestros propios hospitales y, con más razón, tenemos problemas para absorber hospitales que tienen una historia complicada en cuanto a relaciones laborales y en cuanto al tipo de organización.

Ahora nos estamos centrando en coordinarnos mejor e incluso administrar directamente los hospitales de la Cruz Roja y de las Diputaciones, pero nuestra intención es coordinarnos mejor, también, con los hospitales psiquiátricos. Yo quisiera que este proceso fuera más rápido pero, ni los medios financieros llegan para ello, ni, sobre todo, tenemos capacidad de administrar desde el Insalud una variedad de instituciones tan grande como ésta. Y lo mismo ocurre en las CC.AA. que tienen transferido el Instituto.

—¿Piensa modificar de algún modo el seguimiento de los enfermos psíquicos que requieren frecuentes internamientos de corta y media estancia?

Hay algo que ya he mencionado antes, que es especialmente preocupante, que es la autonomía del sistema sanitario respecto a los servicios sociales. Las personas acuden a él para que las diagnostiquen y las curen y no ha habido hasta hace poco una preocupación grande por que los problemas que son de carácter social, los relacionados con los ancianos sin familia o con los enfermos psíquicos, tengan un seguimiento una vez que aquellos dejan el hospital. Cada día hay más enfermos que carecen de apoyo social, que no tienen familia y, si la tienen, ésta no quiere hacerse cargo del enfermo o carece de la preparación necesaria para ello. Por eso, el sistema sanitario debe trabajar en íntima relación con los servicios sociales y esto origina una concepción nueva de ambos. Tanto los servicios sanitarios, como los sociales, forman parte de un gran entramado de asistencia a la población, y esto es especialmente claro en el caso de los enfermos psíquicos.

Ahora, con la reforma psiquiátrica vemos cómo desde

el hospital especializado, el hospital psiquiátrico, se puede hacer un seguimiento de este tipo, colaborando siempre con la familia. El drama surge cuando no hay familia y no hay donde enviar al enfermo. El seguimiento obliga, por otra parte, a una coordinación de gestión a la que tampoco estamos muy acostumbrados.

—¿Cabe esperar en un futuro próximo que muchos enfermos psíquicos reciban algunas de las pensiones no contributivas?

Esta es una cuestión que ha planteado el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, pero no tengo noticias de que el futuro sistema de pensiones no contributivas esté perfilado hasta ese detalle.

—Reconociendo la dificultad que entrañaría el aplicar a los centros hospitalarios concertados las mismas dotaciones económicas que rigen para el Insalud, ¿no sería factible compensar a sus profesionales sanitarios mediante una homologación y con el mismo sistema de puntuación, otorgando así el reconocimien-

to oficial de sus ejecutorias profesionales a la hora de hacerlas valer en la Sanidad Pública?

Esto se ha tratado, no sólo respecto a los profesionales de los hermanos de san Juan de Dios, sino respecto a los de los demás centros que colaboran con el Sistema Nacional de Salud. Me parece razonable estudiarlo, en la medida que el Sistema Nacional de Salud debe ir configurándose poco a poco con una parte pública y con otra privada-concertada. Sin embargo, esto hasta ahora no está contemplado en el ordenamiento jurídico con carácter general.

Es evidente que la situación laboral de los que trabajan directamente para los hospitales públicos es mejor que la de los hospitales privados concertados. Por eso les insistimos mucho a las centrales sindicales y argumentamos sobre la necesidad de tener siempre en cuenta a todos los profesionales y trabajadores de centros ajenos para distribuir con mayor justicia nuestro presupuesto de gasto de personal.

También sería necesario moderar nuestros gastos en farmacia, que crecen excesivamente en volumen global, y destinar esos recursos a mejorar los conciertos con las en-



El Ministro de Sanidad y nuestro Director en un momento de la entrevista.

“Es evidente que la situación laboral de los que trabajan directamente para los hospitales públicos es mejor que la de quienes trabajan en hospitales privados concertados”

“Para la concertación-colaboración de las entidades privadas con el Sistema Nacional de Salud, lo primero que debe buscarse es la profesionalidad y, complementariamente, que no haya ánimo de lucro”

“La Ley de Sanidad abrió una gran puerta de colaboración con las entidades privadas, pero evitó dar la impresión de una nacionalización encubierta”

tidades privadas. Sobre este argumento se hace mucha demagogia y necesitamos la ayuda de personas razonables como ustedes para explicárselo a los ciudadanos.

—*Finalmente, y no como Ministro, sino como don Julián García Vargas, ¿qué cree usted haber aprendido durante este tiempo al servicio de la salud, desde el punto de mayor responsabilidad de la misma? ¿qué es lo que más le preocupa?*

En el terreno personal he aprendido muchas cosas. Principalmente, que todo eso que se valora tanto en la vida social, el poder, el dinero, el éxito, la popularidad, es bastante relativo. Cuando uno ve tan de cerca la fragilidad del ser humano, los tremendos riesgos que corre nuestra identidad física o psíquica y la de nuestros familiares, se distancia uno mucho de esas expresiones comunes del éxito personal y valora muchísimo más las relaciones humanas

con los hijos, con los amigos... O el tener una interpretación del mundo con la que explicarse el sentido de la existencia. Se aprende a valorar todas esas pequeñas cosas de la vida, como la amistad o el goce de la naturaleza y el arte, que son tan accesibles y que son las que llegan más adentro. Se aprende también a valorar la labor de los que, desinteresadamente, o por motivaciones no materiales, trabajan para facilitar la asistencia de personas que están en situación de enfermedad, de dolor, de alienación psíquica...

Lo que me preocupa es que la sociedad española esté cada vez más penetrada por motivaciones exclusivamente materiales, por el deseo de dinero, por el éxito individual. Todo eso es en cierto modo destructor para el conjunto de la sociedad. Supone un materialismo muy vulgar, que conduce a desear sólo la posesión de cosas físicas que se creen dan prestigio y autoridad ante el resto de la sociedad.

Tendríamos que hacer un esfuerzo para reponer en su sitio los valores éticos de siempre, los de solidaridad, de moral de trabajo, de ayuda a los demás que son, además, consustanciales con la civilización europea, de la que ahora se habla tanto, y que si algo tiene de grandiosa es haber colocado al hombre en el vértice de sus esfuerzos. La solidaridad y la igualdad pueden ser perseguidas por motivaciones religiosas, de carácter altruistas o simplemente racionales.

Muchas gracias, señor Ministro.

*Miguel Martín Rodrigo
y Vicente Pérez Cano*

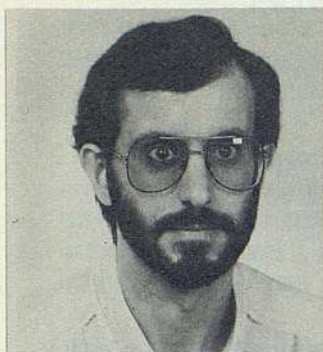
Fotografías: JORDI FÁBREGA

IX CERTAMEN DE ENFERMERÍA ESPAÑOLA
«SAN JUAN DE DIOS»



1.º Premio 1989

HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO
Y ENFERMERÍA:
DATOS Y REFLEXIONES TRAS
LAS PRIMERAS EXPERIENCIAS
EN ESPAÑA



Julio Vielva Asejo,
autor del trabajo premiado

Tras una breve y amigable negociación —todo quedaba en casa—, LABOR HOSPITALARIA adquirió los derechos de publicación, por parte de la Escuela Universitaria de Enfermería «San Juan de Dios» de Ciempozuelos (Madrid), del trabajo que obtuvo el Primer Premio del Certamen que dicha Escuela Universitaria convoca anualmente.

El tema que aborda el mismo se integra perfectamente en la filosofía con la que nuestra revista aborda el campo de la Enfermería. Resulta importante acoger el esfuerzo que ha significado la elaboración metódica de datos y el análisis

científico de los mismos de una de las dimensiones más actuales por las que hoy intenta incidir, no sólo la enfermería, sino todas las políticas sanitarias actuales.

La racionalización de la asistencia, la optimización de los recursos existentes y la humanización que se pretende en el mundo de la salud, han puesto de relieve el sistema de la hospitalización a domicilio como una de las vertientes capaces de hacer realidad dichos objetivos.

Como todo lo que nace, y concretamente en España, es un campo necesitado de reflexión y, también, de comunicación de las experiencias que sobre el mismo ya se han llevado o se están llevando a cabo en la actualidad.

En este marco de reflexión y de comunicación, LABOR HOSPITALARIA ofrece a sus lectores el presente trabajo. Trabajo realizado gracias a la tenacidad y la capacidad demostrada de su autor, Julio Vielva Asejo, bien conocido por un servidor. Sólo la puntilliosidad, la claridad en marcarse unos objetivos y el rigor científico en llevar adelante el trabajo consecuente, podían plantearse al abordar un tema tan ambicioso como el presente.

Por todo ello nos ha parecido conveniente acercarnos brevemente a la persona del autor para que nos detallase sucintamente cuanto ha significado la elaboración de su estudio.

L.H. —¿Cómo y cuándo se te ocurrió la idea de realizar este estudio?

J.V. —Puede decirse que es el fruto de un par de cursos realizados en Madrid entre 1985 y 1987; el primero sobre Dirección de Enfermería en la Escuela de Gerencia Hospitalaria y el segundo de Salud Pública en la Escuela Nacional de Sanidad. Ambos debían culminar con la realización de un trabajo de investigación, y pensé que la Hospitalización a Domicilio sería un buen tema para el mismo, pues entendía que esta nueva modalidad asistencial tenía mucho que aportar al sistema sanitario español.

L.H. —¿Cuáles fueron los motivos que te impulsaron a decidirte por este tema?

J.V. —Durante el primero de los cursos mencionados me llamó la atención un artículo de la Revista de Enfermería del International Council of Nursing sobre un *hospital extramural* en New Brunswick (Canadá), lo que me hizo pensar sobre las posibilidades de la asistencia extrahospitalaria. Me pareció que la Hospitalización a Domicilio —apenas desarrollada en nuestro país— se presentaba como un alternativa asistencial interesante, sobre todo desde dos puntos de vista: 1) el mejor aprovechamiento de los recursos, y 2) la humanización de la asistencia recibida por los pacientes.

En mi decisión influyó también la idea de que esta forma de asistencia ofrece a la enfermería un campo nuevo e interesante, en el que a esta profesión le corresponde un protagonismo y una responsabilidad considerables.

Me animó, finalmente, el hecho de que la Hospitalización a Domicilio se presentaba como probablemente muy útil para los pacientes terminales, que desde hacía algún tiempo constituían para mí un centro de interés.

L.H. —¿Cómo enfocaste el trabajo?

J.V. —Dado que era un asunto poco conocido en España, decidí abordarlo desde una perspectiva general. Me pareció que lo más interesante para mí y para los posibles lectores era delimitar bien esta modalidad asistencial, analizando sus ventajas y sus dificultades. También creí que sería útil recoger la experiencia de los primeros Servicios o Unidades de Hospitalización a Domicilio existentes en España. Todo ello, naturalmente, prestando especial atención a las características de la actividad de Enfermería.

He buscado principalmente proporcionar a las personas interesadas en el tema datos y criterios que les sirvan para estar un poco mejor orientados en este campo de actividad, lo que a su vez les puede valer para iniciar posteriores estudios o bien para poner en marcha una nueva Unidad de Hospitalización a Domicilio.

L.H. —¿Cuánto tiempo has empleado en su elaboración?

J.V. —Durante aproximadamente un año fui madurando el tema y haciendo algunas lecturas. Tras esta primera fase, me dediqué ya a la realización del trabajo, lo que me ocupó la primavera y el verano de 1987.

L.H. —¿Con qué dificultades te encontraste en la misma?

J.V. —En primer lugar, lo que podríamos denominar «escasez de referencias»: poca bibliografía accesible, estudios sólo sobre aspectos parciales, conceptos y experiencias difícilmente trasladables a la situación española, etc.

Por otra parte, la recogida de datos ha sido trabajosa y difícil, por la diversidad de fuentes y porque las distintas Unidades poseían criterios diferentes para la clasificación de los pacientes y el registro de la actividad, por ejemplo. Esta falta de uniformidad ha hecho que la comparación y la acumulación de datos fuera frecuentemente difícil y a veces imposible.

Finalmente, la escasez de recursos y de tiempo, que quizá no hubiera sido una dificultad tan importante de no haber estado unida a las anteriores.

L.H. —¿Qué conclusiones más sorprendentes te ha aportado este estudio?

J.V. —La verdad es que las conclusiones no han sido para mí sorprendentes. Más bien, han confirmado hipótesis o intuiciones previas. Quizá lo único que me ha sorprendido es que una forma de asistencia tan útil haya alcanzado tan poco desarrollo.

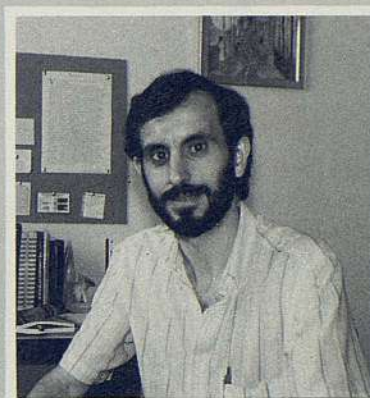
L.H. —¿Cómo ves el futuro de la Hospitalización a Domicilio en España?

J.V. —Por una parte, parece que cuenta con una buena aceptación por parte de los pacientes, quienes se manifiestan muy satisfechos de la atención recibida, según revela una reciente encuesta realizada por el Ministerio de Sanidad. Por otra, el propio Ministerio está promoviendo la creación de Unidades de Hospitalización a Domicilio en sus centros y se han puesto en marcha varias en los últimos dos o tres años.

Contando, pues, con la aceptación de los usuarios y con el firme apoyo oficial, puede esperarse que esta modalidad asistencial vaya desarrollándose y consolidándose poco a poco en los próximos años. Para que esto se logre, no obstante, habrá que ir resolviendo las importantes deficiencias de nuestra Atención Primaria; porque a la larga, la Hospitalización a Domicilio, para ser realmente eficaz, necesita sustentarse en unas sólidas estructuras del nivel primario.

L.H. —¿Y la enfermería dentro de la Hospitalización a Domicilio?

J.V. —La enfermería tiene en esta nueva forma de asistencia un interesante campo de desarrollo, además de un reto importante. Pero en realidad es todo el amplio terreno de la asistencia a domicilio (que abarca mucho más que la Hospitalización a Domicilio como modalidad asistencial) el que está necesitando la dedicación y el protagonismo de la enfermería. Espero que quienes han de organizar los Equipos de Atención Primaria cuenten con ello y que los profesionales de enfermería sean capaces de responder al reto que se les plantea. Una Enfermería de Atención primaria bien dotada y organizada, capaz de llevar a cabo cuidados de enfermería a domicilio eficientemente, es la mejor base para el desarrollo de la Hospitalización a Domicilio.



JULIO VIELVA ASEJO

nacido en Vallespinoso de Cervera (Palencia)
el 18 de diciembre de 1952

ESTUDIOS

- Diplomado en Enfermería.
- Licenciado en Filosofía y Letras.
- Diploma de ATS Psiquiátrico.
- Diploma de Dirección de Enfermería, por la Escuela de Gerencia Hospitalaria.
- Curso Superior de Salud Pública de la Escuela Nacional de Sanidad.
- Actualmente realizando el Master en Bioética en la Universidad Complutense de Madrid.

TRABAJOS DESEMPEÑADOS

- ATS Psiquiátrico de 1975 a 1978 en varios centros.
- ATS en el Albergue San Juan de Dios, Hospital San Rafael y otros centros hospitalarios.
- Jefe de Estudios de la Escuela Universitaria de Enfermería del Hospital San Rafael (Madrid) y Profesor de Ética en la misma de 1983 a 1986.
- Actualmente, posee plaza como Diplomado en Enfermería en los Servicios Sanitarios de Urgencia del Ayuntamiento de Madrid.



HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO Y ENFERMERÍA: DATOS Y REFLEXIONES TRAS LAS PRIMERAS EXPERIENCIAS EN ESPAÑA



SUMARIO

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I

CONSIDERACIONES GENERALES

- La H.D. en el contexto de las alternativas a la hospitalización convencional.
- Breve historia de la H.D.
- Razón de ser de la H.D.
- Ventajas de la H.D.
- Sus obstáculos y limitaciones.

CAPÍTULO II

DELIMITACIÓN DEL CONCEPTO DE H.D.

- Hacia una definición de la H.D.
- Características de la H.D.
- Los destinatarios de la H.D.
- La H.D. y los Cuidados de Enfermería a Domicilio (C.E.D.)

CAPÍTULO III

ANÁLISIS DE LOS TRES PRIMEROS SERVICIOS DE H.D. EN ESPAÑA

- Datos generales sobre pacientes y estancias.
- Variaciones estacionales.
- Patologías más frecuentes.
- Análisis de la actividad.
- Peticiones de ingreso.
- Altas.
- Análisis económico. Comparación con los costes hospitalarios.
- Gráficos.

CAPÍTULO IV

RECURSOS EN H.D. LA PLANTILLA DE ENFERMERÍA

- Espacio físico y ubicación.
- Recursos materiales.
- Recursos humanos.
- Cálculo de la plantilla de Diplomados en Enfermería.

CAPÍTULO V

IMPORTANCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMERÍA EN H.D.

- Importancia y responsabilidad de la Enfermería en H.D.
- Aspectos técnicos.
- El domicilio del paciente como lugar de ejercicio de la enfermería.
- Educación sanitaria del enfermo y la familia.
- Las reacciones del grupo familiar ante el enfermo.
- Cualidades del profesional de Enfermería en H.D.

CAPÍTULO VI

ADMINISTRACIÓN DE ENFERMERÍA EN H.D.

- Distribución de funciones en H.D.
- Dinámica de un Servicio de H.D. El proceso de admisión.
- Organización de la asistencia. Los primeros pasos.
- Atención directa al paciente. Las «hojas de ruta» y las visitas de enfermería.
- Organización de la jornada. El problema de la cobertura durante las 24 h.

CONCLUSIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

La Hospitalización a Domicilio es una modalidad asistencial que está ampliamente desarrollada en algunos países y desde hace pocos años se ha introducido tímidamente en España. Se trata de un campo nuevo para Enfermería, generalmente desconocido por los profesionales. En este trabajo se trata de presentar esta alternativa asistencial a la luz de las primeras experiencias en nuestro país, concediendo particular atención a la función y las características de la enfermería dentro de ella.

En cuanto a la metodología, se ha revisado la bibliografía existente y accesible sobre el tema (no sólo en castellano), que dista de ser abundante. Después se han recogido, analizado y comparado los datos obtenidos de los tres Servicios españoles de Hospitalización a Domicilio que primero han empezado a funcionar y, por tanto, podían ofrecer una experiencia más aprovechable. Estos datos se refieren a la actividad anterior a 1987, y ahí radica la principal limitación de este trabajo, que deja pendiente la evolución de esta forma de asistencia en España a partir de esa fecha. Y los Servicios a los que nos referimos son los de los hospitales de Cruces (Vizcaya), Gregorio Marañón (Madrid) y Virgen del Rocío (Sevilla). La dificultad de comparación de los datos obtenidos en ellos supone otra limitación de este estudio.

El trabajo consta de dos partes bien diferenciadas: en los primeros tres capítulos se aborda la H.D. como alternativa asistencial, mientras que en los tres siguientes se subrayan aspectos relacionados con la Enfermería.

Los contenidos tratan de responder a una serie de objetivos que, de una manera general, podríamos formular así:

- Definir las características de la H.D. como nueva modalidad asistencial; su razón de ser, sus ventajas, etc. (caps. I y II).
- Presentar un primer análisis de los tres Servicios de H.D. que primero funcionaron en España y que son los anteriormente mencionados (cap. III).
- Describir los recursos necesarios en un servicio de H.D., en particular la plantilla de Diplomados en Enfermería (cap. IV).
- Poner de manifiesto la importancia de la enfermería dentro de esta forma de asistencia, así como los rasgos que la distinguen de otras formas de ejercer la profesión (cap. V).
- Describir el funcionamiento de un Servicio de H.D., señalando los aspectos más importantes en su organización (cap. VI).

Todo ello con la esperanza de que sirva para que algunos compañeros se interesen por este campo de ejercicio de la profesión, que necesita ser potenciado y ofrece a cambio estimulantes perspectivas.

Capítulo I

CONSIDERACIONES GENERALES

*La H.D. como nueva alternativa asistencial:
su historia,
sus ventajas
y sus limitaciones.*

LA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO EN EL CONTEXTO DE LAS ALTERNATIVAS A LA HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL

En cualquier sistema sanitario, el hospital ocupa un lugar preponderante. Ahora bien, ¿constituye siempre la mejor res-

puesta a las necesidades de los enfermos que atiende? Dada la variedad de dichas necesidades, parece lógico que una mayor diversificación de los servicios ofrecidos podría satisfacerlas de una manera más adecuada. Se ve conveniente, pues, una cierta evolución de la institución hospitalaria, de acuerdo con las posibilidades científico-técnicas y las expectativas y demandas de la población.

A lo largo de la historia, el hospital ha experimentado ya importantes transformaciones. Hasta la época de la Revolución Francesa se mantuvo, con escasas modificaciones, el hospital medieval, que era ante todo un asilo; es decir, con una finalidad más social que propiamente sanitaria. A partir de ese momento y a lo largo de todo el siglo XIX, el hospital se va transformando poco a poco en un lugar cada vez con más recursos al servicio de una práctica médica en creciente desarrollo, desprendiéndose al mismo tiempo de su carácter de asilo y concentrando sus esfuerzos en los enfermos agudos.

Actualmente nos hallamos quizá ante una nueva fase, caracterizada por el dominio de la perspectiva de Salud Pública. Desde ella, el hospital, sin perder su importancia, aparece como un elemento —ciertamente fundamental— del sistema sanitario, que debe contribuir junto con otras instancias a la salud de la población. Este punto de vista permite el planteamiento de nuevas modalidades de asistencia. Dichos planteamientos se ven favorecidos igualmente por algunos aspectos de nuestra realidad socio-sanitaria, como son:

1. La creciente congestión de los hospitales, a pesar del aumento del número de camas y de la disminución de la estancia media¹.
2. Las características demográficas de nuestra población, progresivamente envejecida, con el previsible incremento de la demanda como consecuencia de ello.
3. El constante aumento del gasto en sanidad, así como el aumento proporcional del costo de los hospitales respecto al mismo.

Este conjunto de fenómenos no constituye la única razón de ser de las nuevas modalidades asistenciales, pero ha conducido a buscar esas nuevas formas de prestar servicios sanitarios desde el propio hospital, pretendiendo acortar la hospitalización o incluso evitarla. Se habla, por eso, de «*alternativas*» a la hospitalización. Se trata de una diversificación de las formas de asistencia para responder mejor a las necesidades de cada paciente, y pueden incluir desde las Consultas Externas del Hospital —sería la primera desarrollada— hasta los Cuidados de Enfermería a Domicilio. Pero las dos principales *alternativas* a la hospitalización convencional o tradicional son, sin duda²:

- Dentro del propio hospital: el Hospital de Día.
- Fuera del mismo: la Hospitalización a Domicilio.

BREVE HISTORIA DE LA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

Esta modalidad asistencial fue iniciada en Nueva York en 1947 bajo el impulso del doctor E. M. Bluestone y a partir del hospital Montefiore. La nueva fórmula pretendía: descongestionar el hospital, encontrar un clima psicológico más favorable para el enfermo y paliar las dificultades debidas a la ausencia de seguro médico obligatorio. El sistema («Home Care») se extiende a otros centros norteamericanos y al hospital Sherbrook de Quebec, que lo introduce en Canadá, donde

INTRODUCCIÓN

La Hospitalización a Domicilio es una modalidad asistencial que está ampliamente desarrollada en algunos países y desde hace pocos años se ha introducido tímidamente en España. Se trata de un campo nuevo para Enfermería, generalmente desconocido por los profesionales. En este trabajo se trata de presentar esta alternativa asistencial a la luz de las primeras experiencias en nuestro país, concediendo particular atención a la función y las características de la enfermería dentro de ella.

En cuanto a la metodología, se ha revisado la bibliografía existente y accesible sobre el tema (no sólo en castellano), que dista de ser abundante. Después se han recogido, analizado y comparado los datos obtenidos de los tres Servicios españoles de Hospitalización a Domicilio que primero han empezado a funcionar y, por tanto, podían ofrecer una experiencia más aprovechable. Estos datos se refieren a la actividad anterior a 1987, y ahí radica la principal limitación de este trabajo, que deja pendiente la evolución de esta forma de asistencia en España a partir de esa fecha. Y los Servicios a los que nos referimos son los de los hospitales de Cruces (Vizcaya), Gregorio Marañón (Madrid) y Virgen del Rocío (Sevilla). La dificultad de comparación de los datos obtenidos en ellos supone otra limitación de este estudio.

El trabajo consta de dos partes bien diferenciadas: en los primeros tres capítulos se aborda la H.D. como alternativa asistencial, mientras que en los tres siguientes se subrayan aspectos relacionados con la Enfermería.

Los contenidos tratan de responder a una serie de objetivos que, de una manera general, podríamos formular así:

- Definir las características de la H.D. como nueva modalidad asistencial; su razón de ser, sus ventajas, etc. (caps. I y II).
- Presentar un primer análisis de los tres Servicios de H.D. que primero funcionaron en España y que son los anteriormente mencionados (cap. III).
- Describir los recursos necesarios en un servicio de H.D., en particular la plantilla de Diplomados en Enfermería (cap. IV).
- Poner de manifiesto la importancia de la enfermería dentro de esta forma de asistencia, así como los rasgos que la distinguen de otras formas de ejercer la profesión (cap. V).
- Describir el funcionamiento de un Servicio de H.D., señalando los aspectos más importantes en su organización (cap. VI).

Todo ello con la esperanza de que sirva para que algunos compañeros se interesen por este campo de ejercicio de la profesión, que necesita ser potenciado y ofrece a cambio estimulantes perspectivas.

Capítulo I

CONSIDERACIONES GENERALES

*La H.D. como nueva alternativa asistencial:
su historia,
sus ventajas
y sus limitaciones.*

LA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO EN EL CONTEXTO DE LAS ALTERNATIVAS A LA HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL

En cualquier sistema sanitario, el hospital ocupa un lugar preponderante. Ahora bien, ¿constituye siempre la mejor res-

puesta a las necesidades de los enfermos que atiende? Dada la variedad de dichas necesidades, parece lógico que una mayor diversificación de los servicios ofrecidos podría satisfacerlas de una manera más adecuada. Se ve conveniente, pues, una cierta evolución de la institución hospitalaria, de acuerdo con las posibilidades científico-técnicas y las expectativas y demandas de la población.

A lo largo de la historia, el hospital ha experimentado ya importantes transformaciones. Hasta la época de la Revolución Francesa se mantuvo, con escasas modificaciones, el hospital medieval, que era ante todo un asilo; es decir, con una finalidad más social que propiamente sanitaria. A partir de ese momento y a lo largo de todo el siglo XIX, el hospital se va transformando poco a poco en un lugar cada vez con más recursos al servicio de una práctica médica en creciente desarrollo, desprendiéndose al mismo tiempo de su carácter de asilo y concentrando sus esfuerzos en los enfermos agudos.

Actualmente nos hallamos quizá ante una nueva fase, caracterizada por el dominio de la perspectiva de Salud Pública. Desde ella, el hospital, sin perder su importancia, aparece como un elemento —ciertamente fundamental— del sistema sanitario, que debe contribuir junto con otras instancias a la salud de la población. Este punto de vista permite el planteamiento de nuevas modalidades de asistencia. Dichos planteamientos se ven favorecidos igualmente por algunos aspectos de nuestra realidad socio-sanitaria, como son:

1. La creciente congestión de los hospitales, a pesar del aumento del número de camas y de la disminución de la estancia media¹.
2. Las características demográficas de nuestra población, progresivamente envejecida, con el previsible incremento de la demanda como consecuencia de ello.
3. El constante aumento del gasto en sanidad, así como el aumento proporcional del costo de los hospitales respecto al mismo.

Este conjunto de fenómenos no constituye la única razón de ser de las nuevas modalidades asistenciales, pero ha conducido a buscar esas nuevas formas de prestar servicios sanitarios desde el propio hospital, pretendiendo acortar la hospitalización o incluso evitarla. Se habla, por eso, de «*alternativas*» a la hospitalización. Se trata de una diversificación de las formas de asistencia para responder mejor a las necesidades de cada paciente, y pueden incluir desde las Consultas Externas del Hospital —sería la primera desarrollada— hasta los Cuidados de Enfermería a Domicilio. Pero las dos principales *alternativas* a la hospitalización convencional o tradicional son, sin duda²:

- Dentro del propio hospital: el Hospital de Día.
- Fuera del mismo: la Hospitalización a Domicilio.

BREVE HISTORIA DE LA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

Esta modalidad asistencial fue iniciada en Nueva York en 1947 bajo el impulso del doctor E. M. Bluestone y a partir del hospital Montefiore. La nueva fórmula pretendía: descongestionar el hospital, encontrar un clima psicológico más favorable para el enfermo y paliar las dificultades debidas a la ausencia de seguro médico obligatorio. El sistema («Home Care») se extiende a otros centros norteamericanos y al hospital Sherbrook de Quebec, que lo introduce en Canadá, donde

posteriormente experimentará un gran desarrollo tomando su propio rumbo.

Paralelamente se organizan en Europa modalidades de cuidados a domicilio de carácter menos intensivo y a la vez menos dependientes del hospital, cuyo prototipo podrían ser los *Home Nursing Services* ingleses.

En Francia³, la primera experiencia de Hospitalización a Domicilio (H.D.) se puso en marcha en 1957 por la Asistencia Pública de París en el Hospital Tenón y bajo el impulso del profesor F. Siguier. En 1985 existían en toda Francia 32 servicios de H.D., que en conjunto atendían a una media diaria de 700-800 pacientes. En París, actualmente la H.D. no depende de un hospital concreto, sino directamente de la Asistencia Pública, y funciona como un organismo autónomo en colaboración con todos los centros hospitalarios de la capital.

En España, el primer Servicio de H.D. fue el creado en junio de 1981 en el Hospital Provincial de Madrid, hoy Hospital Gregorio Marañón, dependiente de la Comunidad Autónoma. Posteriormente, en octubre de 1983 comenzó a funcionar un Servicio similar en el Hospital de Cruces (Vizcaya), siendo éste el primero creado dentro de la red del Insalud. Y en noviembre de 1984 se puso en marcha un nuevo Servicio de H.D. en el Hospital Virgen del Rocío, de Sevilla^{4,7}.

Con posterioridad se han creado otros Servicios de H.D., pero los tres mencionados pueden considerarse como los más consolidados. Junto con la Unidad de Ayuda a Domicilio del Servicio de Geriátrica de la Cruz Roja de Madrid, que posee una interesante experiencia, si bien reducida al ámbito de la asistencia geriátrica.

RAZÓN DE SER DE LA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

La conveniencia de establecer esta modalidad de asistencia se percibe desde dos puntos de vista distintos:

1. La utilización racional del hospital como conjunto de recursos sociales

Como tal, debe ser adecuadamente aprovechado. Y no lo está siendo cuando sus instalaciones son ocupadas por pacientes que no las precisarían si existieran otras alternativas asistenciales. Tal como lo conocemos, el hospital no es rentable económicamente, porque determinados enfermos podrían ser igualmente atendidos con un costo menor; ni lo es tampoco socialmente, pues sus recursos están infrautilizados al no poder disponer de ellos enfermos que realmente los necesitan (debido a las listas de espera)^{4, 5, 8, 9}.

2. La humanización de la asistencia

Es conocida la deshumanización de los hospitales. Aunque se trate de paliar, difícilmente podrá evitarse que el ingreso en el hospital suponga para el enfermo una sensación añadida de desarraigo, inseguridad y desorientación. El paso a un entorno tan extraño no puede realizarse sin desasosiego. Por ello, en muchos casos, garantizada una atención correcta, el enfermo preferirá permanecer en su domicilio.

La H.D. viene a hacer posible en determinados casos esta permanencia del enfermo en su hogar, proporcionándole una asistencia de calidad sin salir de él. Y al mismo tiempo permite que sólo se precise recurrir al hospital cuando sea verdaderamente indispensable. Dicho de otro modo, reduce el

número de pacientes para los cuales el hospital es insustituible^{5, 8}.

Así pues, la H.D. responde a una doble finalidad:

a) Facilitar el mantenimiento en el domicilio a todos los pacientes susceptibles de ser atendidos en el mismo, proporcionándoles unos cuidados como los que podrían recibir en el hospital. Permitiéndoles, así, recibir la necesaria asistencia sin salir de su entorno.

b) Liberar a los hospitales de un buen número de estancias, con lo que se consigue un mejor aprovechamiento de las camas hospitalarias. Lo cual resulta beneficioso para toda la sociedad.

VENTAJAS DE LA H.D.^{4, 10}

1. Para el enfermo

- Se mantiene —o se reencuentra— en el marco familiar, que le proporciona seguridad, confort y ganas de vivir.
- Se ahorra el choque de la hospitalización —en ciertos casos— con el temor y la incertidumbre que ella ocasiona.
- Favorece el contacto humano con familiares y amigos y, en caso de muerte, permite estar mejor acompañado por ellos.
- Le hace sentirse más valorado y le garantiza una asistencia más personal y humanizada.

2. Para la familia (En el caso de que quiera y pueda prestarle la ayuda que necesita)

- Ahorra el tiempo perdido en desplazamientos al hospital.
- Facilita un seguimiento más cercano del cuidado y la evolución del enfermo.
- Proporciona una mayor tranquilidad, al tener al paciente cerca y controlar mejor la situación.

3. Para los establecimientos hospitalarios

- Ayuda a resolver el problema de la congestión de los hospitales.
- Al evitar hospitalizaciones largas y no absolutamente necesarias —que son las que suelen dar lugar a mayor insatisfacción del paciente—, mejora de forma indirecta el prestigio del centro.

4. Para la Seguridad Social

- La estancia en H.D. resulta más barata que en el hospital, de modo que su puesta en marcha significa un ahorro económico.

OBSTÁCULOS Y LIMITACIONES DE LA H.D.

El desarrollo de esta nueva modalidad asistencial se encuentra con una serie de obstáculos^{2, 1}.

1. Relacionados con el paciente y la familia

A veces, la situación del paciente en su hogar no permite establecer esta forma de asistencia, bien por falta de las necesarias condiciones del domicilio, bien por carecer del apoyo familiar requerido.

También hay que respetar que ciertos enfermos prefieran permanecer en el hospital porque consideran que éste les ofrece mayor seguridad.

2. Ligados a la falta de apoyo institucional

Carencia de apoyo que puede ser debida a injustificados recelos o simplemente a inercia, y que se manifiesta sobre todo en ausencia del necesario respaldo económico-presupuestario

a los proyectos de implantación y desarrollo de este tipo de asistencia.

3. Relacionados con la responsabilidad legal

Mientras no existe una normativa legal clara, estaremos en un terreno caracterizado por una cierta inseguridad jurídica. Como consecuencia, al poner en marcha un proyecto en este campo, se asume una responsabilidad legal suplementaria.

4. Ligados a la actitud de los médicos

Los pacientes y sus familiares suelen ignorar la existencia de la H.D. Los médicos —de dentro y fuera del hospital, según la organización concreta— deberían ser quienes les informaran y remitieran a esta forma de asistencia. Muchas veces, su colaboración en este sentido es escasa, debido quizá a desconocimiento, desinterés, inercia o desconfianza.

Quizá lo más decisivo de todo ello sea la lentitud y complejidad características de la Administración Pública que impiden a cualquier institución dependiente de ella —el Insalud en nuestro caso— tener la suficiente flexibilidad y agilidad para poner en marcha y desarrollar una modalidad nueva de asistencia.

Capítulo II

DELIMITACIÓN DEL CONCEPTO DE H.D.

Definición de la H.D., características y diferencias frente a otras formas de asistencia.

HACIA UNA DEFINICIÓN DE LA H.D.

No existe una definición precisa y comúnmente aceptada de la H.D. Se la considera a veces como una estructura intermedia entre el hospital y los cuidados ambulatorios, cuya finalidad sería «atender a los pacientes todavía no curados pero ya fuera de la fase aguda»³. De modo que serviría para acortar el período de hospitalización en Unidades de Corta Estancia o para evitar el ingreso en las de Media o Larga Estancia.

Pero definiciones de ese tipo tienden a reducir la H.D. a su función de complemento de la hospitalización convencional, cuando en realidad puede tener también el carácter de alternativa a la misma. Pues no hay razón para descartar la posibilidad de que la misma fase aguda sea, atendida en H.D.

Por otra parte, para distinguir la H.D. de otros niveles de cuidados más ligeros, es preciso señalar de alguna manera la intensidad y la calidad técnica de la asistencia que en ella se ofrece. Lo que puede hacerse definiendo los cuidados que presta como de rango hospitalario. Por ello resulta bastante acertada la definición dada por la Federación de Establecimientos de H.D. de Francia:

«Es la posibilidad ofrecida a ciertos enfermos de recibir en su casa los cuidados que necesita su estado. Estos cuidados son de una densidad y de una calidad técnica al menos igual a los que recibirían o podrían recibir en un establecimiento hospitalario»³.

Definición que podría ser completada añadiendo que el estado del paciente debe ser tal que, de no ser incluido en un programa de H.D., debería ingresar en un hospital. Pues la H.D. no está destinada a:

- Pacientes que al ser dados de alta precisan ciertas atenciones por problemas exclusivamente sociales.
- Personas que pueden ser correctamente atendidas en residencias de ancianos o centros similares.
- Pacientes que pueden ser perfectamente atendidos por los Equipos de Atención Primaria.

Con todo, no es fácil definir con precisión absoluta la H.D., pues los límites que hemos señalado son hasta cierto punto variables. Quizá pueda contribuir a aclarar el concepto el describir las características y los destinatarios de la H.D.

CARACTERÍSTICAS DE LA H.D.

a) *Voluntariedad.* Por parte del paciente y de su familia. Sin la aceptación voluntaria y la actitud participativa de ambos no puede llevarse a cabo la H.D., que exige una fuerte corresponsabilización de la familia en los cuidados.

b) *Transitoriedad.* La permanencia en H.D. se justifica sólo mientras el paciente supera un determinado proceso agudo o la recaída de uno crónico. Una vez estabilizado, la vigilancia y el cuidado corresponden a las instancias de Atención Primaria.

c) *Relación con el hospital.* En muchos casos se trata de una dependencia (así se ha iniciado en España) realizando el propio hospital directamente la H.D. mediante la creación de un Servicio específico. No es necesario que sea siempre así, pero en todo caso es muy conveniente una estrecha relación con el hospital como garantía de la calidad y la intensidad de los cuidados.

d) *Atención continuada.* El equipo asistencial se hace cargo del paciente desde el ingreso hasta el alta, ofreciendo unos cuidados regulares, programados según las necesidades del enfermo y estando a su disposición permanentemente.

e) *Prestaciones comparables a las del hospital.* La vigilancia y el tratamiento médico, los cuidados de enfermería, la posibilidad de exámenes complementarios, etc., hacen que la asistencia recibida por un paciente en H.D. sea similar a la que recibiría en el hospital.

f) *Necesidad de ciertas condiciones sociales.* El apoyo familiar, como ha quedado dicho, es indispensable. Se requiere, además, que el domicilio reúna unas condiciones mínimas, si bien estos *mínimos* pueden variar según los casos.

LOS DESTINATARIOS DE LA H.D.

Se considera generalmente que en H.D. pueden atenderse todas las patologías excepto las siguientes^{3, 8}:

- Enfermos infecto-contagiosos en fase de contagio, en razón del riesgo para sus familiares.
- Enfermos psiquiátricos, por el peligro en algunos casos para los demás, en otros para sí mismos y porque se trata de una patología que requiere equipos y planes propios.
- Enfermos con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a Hemodiálisis, por la misma razón de la especificidad de sus programas.

En el resto de los casos, la posibilidad de atender a un paciente en H.D. depende, más que de la patología concreta que le afecta, de los siguientes aspectos:

a los proyectos de implantación y desarrollo de este tipo de asistencia.

3. Relacionados con la responsabilidad legal

Mientras no existe una normativa legal clara, estaremos en un terreno caracterizado por una cierta inseguridad jurídica. Como consecuencia, al poner en marcha un proyecto en este campo, se asume una responsabilidad legal suplementaria.

4. Ligados a la actitud de los médicos

Los pacientes y sus familiares suelen ignorar la existencia de la H.D. Los médicos —de dentro y fuera del hospital, según la organización concreta— deberían ser quienes les informaran y remitieran a esta forma de asistencia. Muchas veces, su colaboración en este sentido es escasa, debido quizá a desconocimiento, desinterés, inercia o desconfianza.

Quizá lo más decisivo de todo ello sea la lentitud y complejidad características de la Administración Pública que impiden a cualquier institución dependiente de ella —el Insalud en nuestro caso— tener la suficiente flexibilidad y agilidad para poner en marcha y desarrollar una modalidad nueva de asistencia.

Capítulo II

DELIMITACIÓN DEL CONCEPTO DE H.D.

Definición de la H.D., características y diferencias frente a otras formas de asistencia.

HACIA UNA DEFINICIÓN DE LA H.D.

No existe una definición precisa y comúnmente aceptada de la H.D. Se la considera a veces como una estructura intermedia entre el hospital y los cuidados ambulatorios, cuya finalidad sería «atender a los pacientes todavía no curados pero ya fuera de la fase aguda»³. De modo que serviría para acortar el período de hospitalización en Unidades de Corta Estancia o para evitar el ingreso en las de Media o Larga Estancia.

Pero definiciones de ese tipo tienden a reducir la H.D. a su función de complemento de la hospitalización convencional, cuando en realidad puede tener también el carácter de alternativa a la misma. Pues no hay razón para descartar la posibilidad de que la misma fase aguda sea, atendida en H.D.

Por otra parte, para distinguir la H.D. de otros niveles de cuidados más ligeros, es preciso señalar de alguna manera la intensidad y la calidad técnica de la asistencia que en ella se ofrece. Lo que puede hacerse definiendo los cuidados que presta como de rango hospitalario. Por ello resulta bastante acertada la definición dada por la Federación de Establecimientos de H.D. de Francia:

«Es la posibilidad ofrecida a ciertos enfermos de recibir en su casa los cuidados que necesita su estado. Estos cuidados son de una densidad y de una calidad técnica al menos igual a los que recibirían o podrían recibir en un establecimiento hospitalario»³.

Definición que podría ser completada añadiendo que el estado del paciente debe ser tal que, de no ser incluido en un programa de H.D., debería ingresar en un hospital. Pues la H.D. no está destinada a:

- Pacientes que al ser dados de alta precisan ciertas atenciones por problemas exclusivamente sociales.
- Personas que pueden ser correctamente atendidas en residencias de ancianos o centros similares.
- Pacientes que pueden ser perfectamente atendidos por los Equipos de Atención Primaria.

Con todo, no es fácil definir con precisión absoluta la H.D., pues los límites que hemos señalado son hasta cierto punto variables. Quizá pueda contribuir a aclarar el concepto el describir las características y los destinatarios de la H.D.

CARACTERÍSTICAS DE LA H.D.

a) *Voluntariedad.* Por parte del paciente y de su familia. Sin la aceptación voluntaria y la actitud participativa de ambos no puede llevarse a cabo la H.D., que exige una fuerte corresponsabilización de la familia en los cuidados.

b) *Transitoriedad.* La permanencia en H.D. se justifica sólo mientras el paciente supera un determinado proceso agudo o la recaída de uno crónico. Una vez estabilizado, la vigilancia y el cuidado corresponden a las instancias de Atención Primaria.

c) *Relación con el hospital.* En muchos casos se trata de una dependencia (así se ha iniciado en España) realizando el propio hospital directamente la H.D. mediante la creación de un Servicio específico. No es necesario que sea siempre así, pero en todo caso es muy conveniente una estrecha relación con el hospital como garantía de la calidad y la intensidad de los cuidados.

d) *Atención continuada.* El equipo asistencial se hace cargo del paciente desde el ingreso hasta el alta, ofreciendo unos cuidados regulares, programados según las necesidades del enfermo y estando a su disposición permanentemente.

e) *Prestaciones comparables a las del hospital.* La vigilancia y el tratamiento médico, los cuidados de enfermería, la posibilidad de exámenes complementarios, etc., hacen que la asistencia recibida por un paciente en H.D. sea similar a la que recibiría en el hospital.

f) *Necesidad de ciertas condiciones sociales.* El apoyo familiar, como ha quedado dicho, es indispensable. Se requiere, además, que el domicilio reúna unas condiciones mínimas, si bien estos *mínimos* pueden variar según los casos.

LOS DESTINATARIOS DE LA H.D.

Se considera generalmente que en H.D. pueden atenderse todas las patologías excepto las siguientes^{3, 8}:

- Enfermos infecto-contagiosos en fase de contagio, en razón del riesgo para sus familiares.
- Enfermos psiquiátricos, por el peligro en algunos casos para los demás, en otros para sí mismos y porque se trata de una patología que requiere equipos y planes propios.
- Enfermos con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a Hemodiálisis, por la misma razón de la especificidad de sus programas.

En el resto de los casos, la posibilidad de atender a un paciente en H.D. depende, más que de la patología concreta que le afecta, de los siguientes aspectos:

a) La importancia y naturaleza de los cuidados necesarios, lo que está en relación con el momento de la evolución de la enfermedad (además de con el tipo de patología).

b) Las características del entorno familiar del paciente, pues la capacidad de la familia de proporcionar vigilancia y cuidados determina en gran medida la seguridad del enfermo.

c) La dotación en recursos y la preparación técnica del equipo de H.D.: cuanto mejores sean ambas, en menos casos se hará preciso el ingreso en el hospital.

No obstante, cabe señalar una serie de procesos como particularmente indicados para beneficiarse de la H.D. Son aquellos fácilmente asumibles por esta modalidad de asistencia y que pueden obtener un mayor provecho de ella. Son los siguientes:

1. *Post-operatorio de intervenciones quirúrgicas menores* (apendicectomías, herniorrafias...).

2. *Complicaciones de tipo quirúrgico ligeras o menos graves*, como son:

- Infecciones, abscesos o fistulizaciones de heridas operatorias.
- Cierre de heridas por segunda intención.

3. *Algunos procesos agudos* que no requieren gran aparataje hospitalario, como pueden ser:

- Gastroenteritis agudas.
- Síndromes febriles.
- Infecciones respiratorias agudas.

4. *Enfermedades crónicas* con una patología bien multisistémica, bien específica:

- Bronconeumopatías crónicas.
- Enfermedades cardiovasculares.
- Hepatopatías.
- Procesos neurológicos.

5. *Enfermedades en fase terminal*, cuando ya el paciente no espera nada del hospital y necesita cuidados que muchas veces puede recibir en su domicilio. Para los enfermos en esta fase puede tener un especial significado la permanencia en el propio hogar¹¹.

Podemos considerar como líneas especiales de trabajo dentro de la H.D.³:

- La nutrición enteral y parenteral a domicilio.
- La hospitalización pediátrica a domicilio.
- La asistencia al parto en el domicilio.

Quizá las tres suponen un riesgo superior al de otras áreas, por lo que no se desarrollan en un primer momento. Y requieren, además, una programación específica.

H.D. Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA A DOMICILIO (C.E.D.)

Tratamos aquí de poner de manifiesto las diferencias entre estas dos formas de asistencia, con el fin de precisar mejor los conceptos. Quede claro, ante todo, que al hablar de los Cuidados de Enfermería a Domicilio (C.E.D.) no nos estamos refiriendo a la actividad de enfermería que se desarrolla dentro de la H.D. y constituye una parte esencial de ésta. Se trata de una modalidad asistencial distinta, nacida como respuesta a las necesidades de las personas —fundamentalmente ancianos— con una problemática social y que requieren intervenciones frecuentes y coordinadas de personal de enfermería. Por ello, los C.E.D. se suelen inscribir en el marco más

general de una política de mantenimiento de las personas ancianas en su domicilio, constituyendo —podríamos decir— la rama sanitaria de la asistencia dirigida a este fin.

La legislación francesa da de estos cuidados la siguiente definición:

«Los Servicios de C.E.D. (*Soins*) ofrecen —bajo prescripción médica— a las personas mayores enfermas o dependientes, los cuidados de enfermería y de higiene general, la ayuda necesaria para la realización de las funciones elementales de la vida, así como, eventualmente, otros cuidados propios de personal sanitario auxiliar. Tienen como función evitar la hospitalización de personas mayores en el momento de la fase aguda de una enfermedad que puede ser tratada a domicilio, y a facilitar la vuelta al mismo después de una hospitalización, prevenir o retrasar la degradación progresiva de su estado de salud y su ingreso en establecimientos de larga estancia o en las secciones de cuidados médicos de los establecimientos sociales»³.

Esta definición —además de reflejar en su primera parte una tradicional y exagerada dependencia de la enfermería respecto a la profesión médica— plantea ciertas cuestiones, pues algunas de las funciones que atribuye a los C.E.D. —evitar el ingreso en el hospital o acortar el período del mismo— hace que se confundan con la H.D. Se trata, no obstante, de sistemas o modalidades de asistencia distintos, aunque sea difícil establecer la frontera entre ellos debido a que coinciden parcialmente en objetivos y contenido de las intervenciones. ¿En qué se distinguen, pues, los C.E.D. y la H.D.? Se pueden señalar las siguientes *diferencias*:^{3, 12-14}.

1. *En cuanto al origen y enfoque*: La H.D. nace en el propio hospital, como modo de prolongar su asistencia hasta el domicilio y con el fin de acortar el internamiento o incluso evitarlo (y esto aun para

LA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO: DEFINICIÓN Y CONDICIONES (Resumen)

LA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

- Es una forma de asistencia que

PERMITE PROPORCIONAR ATENCIÓN EN EL DOMICILIO DEL ENFERMO

- Bajo la responsabilidad de un Servicio Hospitalario o en estrecha colaboración con él.
- En lugar de una hospitalización convencional que, de otro modo, sería obligada.
- Asegurando unas prestaciones técnicas comparables a las del hospital.

SIEMPRE QUE

- El estado clínico del paciente no requiera el uso continuo de las instalaciones hospitalarias pero imponga intervenciones frecuentes y complejas que no puedan ser realizadas por instancias asistenciales de Atención Primaria.
- El enfermo lo acepte voluntariamente.
- La vivienda reúna condiciones adecuadas.
- Y la familia preste el apoyo necesario.

HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO (H.D.) Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA A DOMICILIO (C.E.D.)

H.D.	C.E.D.
<ul style="list-style-type: none"> • Nace como respuesta del hospital a determinados enfermos. • Pretende evitar o acortar la estancia en el hospital, incluso en casos agudos. • Se realiza desde el hospital o en estrecha colaboración con él. • Tiene un marcado carácter pasajero. Sólo atiende mientras dura el proceso. • El paciente requiere intervenciones, bien con mucha frecuencia o bien de cierta complejidad (o ambas cosas a la vez). • Presta una atención continuada, haciéndose cargo del paciente de una forma total. • El acento se pone en curar. En cierto modo el protagonismo de la asistencia corresponde al médico. Las visitas más necesarias son las de la enfermera y el médico (en este orden por la frecuencia). 	<ul style="list-style-type: none"> • Nace como complemento de la Ayuda Social a personas ancianas. • Pretende evitar que el anciano, paciente crónico o minusválido tenga que ser ingresado en residencias o centros similares. • Se realiza íntegramente desde la Atención Primaria. • El tiempo cuenta menos. Atiende siempre que se necesite cierta vigilancia sobre la salud. • Requiere intervenciones menos frecuentes y complejas. Precisa, sobre todo, higiene, control y vigilancia. • No se trata de una atención tan continuada y completa. • El acento se pone en cuidar. El protagonismo debería corresponder a Enfermería. Las visitas más frecuentemente requeridas son las de la auxiliar y la diplomada en Enfermería.

enfermedades agudas). Los C.E.D. nacen más bien como consecuencia de la incapacidad de los Servicios de Ayuda a Domicilio (de carácter social) que prestan una ayuda fundamentalmente doméstica para responder a las necesidades sanitarias de la población —generalmente anciana— atendida por ellos. Tiene como fin el cuidado de esas personas y el mantenimiento de sus condiciones de salud. Pueden llegar a evitar la hospitalización si son capaces de seguir proporcionando los cuidados requeridos ante una reagudización de un proceso crónico, pero su principal objetivo no es ése, sino más bien evitar el ingreso en residencias o centros similares.

2. *Respecto a la dependencia y la responsabilidad:* En la H.D. la asistencia, o bien depende directamente del hospital, o bien se realiza en estrecha relación con él, por lo que viene a ser el hospital el que asume la responsabilidad de la asistencia. Los C.E.D., en cambio, se realizan al margen de la institución hospitalaria, dependiendo de las instancias de Atención Primaria.

3. *En cuanto a la duración de las estancias:* La H.D. tiene un claro carácter temporal, pasajero, que en los C.E.D. o no existe o está mucho menos acentuado. Esto como consecuencia, naturalmente, del diferente enfoque de ambas formas de asistencia. En los C.E.D. los períodos de atención (*¿estancias?*) son por término medio mucho más largos, pues no se limitan a las fases agudas o de reagudización, sino que siguen controlando al enfermo crónico o vigilando la salud del anciano.

4. *Por el tipo de asistencia prestada:* En los C.E.D. las intervenciones son fundamentalmente de enfermería: aplicación de tratamientos, vigilancia del estado general (constantes, alimentación, deposiciones...) y atención a las diversas necesidades del enfermo (cuidados de la piel, movilización, etc.). Recibiendo también el enfermo tratamientos de podología y fisioterapia cuando sean precisos¹². En la H.D. se da un mayor protagonismo del médico, con intervenciones dirigidas al diagnóstico y tratamiento.

5. *Por la densidad de la asistencia:* La H.D. responde a la necesidad de intervenciones más frecuentes, polivalentes y técnicamente más importantes, lo que supone una coordinación más estrecha entre las diversas profesiones que intervienen. Por eso, la H.D., comparada con los C.E.D., aporta una *plus* quizá difícil de definir pero consistente en un nivel superior de complejidad, intensidad y especificidad.

Resumimos esta serie de diferencias esquemáticamente en el cuadro superior:

Capítulo III

ANÁLISIS DE LOS TRES PRIMEROS SERVICIOS DE H.D. EN ESPAÑA

Se abordan aquellos aspectos (estancias, actividad, economía) que los datos disponibles nos permiten abordar. Nos referimos a los tres Centros ya mencionados. La mayoría de los datos han sido obtenidos directamente en estos Centros y no están publicados.

DATOS GENERALES SOBRE PACIENTES Y ESTANCIAS

En el Servicio de H.D. del Hospital Gregorio Marañón de Madrid se produjeron el año 1986 un total de 7.058 estancias, siendo la estancia media por paciente durante el mismo período de 45 días, con importantes diferencias según el área de actividad:

— Cirugía Menor	8,7 días
— Pacientes Médico-quirúrgicos	56 »
— Enfermos teminales	54 »

La media de enfermos asistidos fue de 19,5 al día¹⁵. Durante el mismo año, en el correspondiente Servicio del Hospital de Cruces se produjeron 9.386 estancias, con una me-

HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO (H.D.) Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA A DOMICILIO (C.E.D.)

H.D.	C.E.D.
<ul style="list-style-type: none"> • Nace como respuesta del hospital a determinados enfermos. • Pretende evitar o acortar la estancia en el hospital, incluso en casos agudos. • Se realiza desde el hospital o en estrecha colaboración con él. • Tiene un marcado carácter pasajero. Sólo atiende mientras dura el proceso. • El paciente requiere intervenciones, bien con mucha frecuencia o bien de cierta complejidad (o ambas cosas a la vez). • Presta una atención continuada, haciéndose cargo del paciente de una forma total. • El acento se pone en curar. En cierto modo el protagonismo de la asistencia corresponde al médico. Las visitas más necesarias son las de la enfermera y el médico (en este orden por la frecuencia). 	<ul style="list-style-type: none"> • Nace como complemento de la Ayuda Social a personas ancianas. • Pretende evitar que el anciano, paciente crónico o minusválido tenga que ser ingresado en residencias o centros similares. • Se realiza íntegramente desde la Atención Primaria. • El tiempo cuenta menos. Atiende siempre que se necesite cierta vigilancia sobre la salud. • Requiere intervenciones menos frecuentes y complejas. Precisa, sobre todo, higiene, control y vigilancia. • No se trata de una atención tan continuada y completa. • El acento se pone en cuidar. El protagonismo debería corresponder a Enfermería. Las visitas más frecuentemente requeridas son las de la auxiliar y la diplomada en Enfermería.

enfermedades agudas). Los C.E.D. nacen más bien como consecuencia de la incapacidad de los Servicios de Ayuda a Domicilio (de carácter social) que prestan una ayuda fundamentalmente doméstica para responder a las necesidades sanitarias de la población —generalmente anciana— atendida por ellos. Tiene como fin el cuidado de esas personas y el mantenimiento de sus condiciones de salud. Pueden llegar a evitar la hospitalización si son capaces de seguir proporcionando los cuidados requeridos ante una reagudización de un proceso crónico, pero su principal objetivo no es ése, sino más bien evitar el ingreso en residencias o centros similares.

2. *Respecto a la dependencia y la responsabilidad:* En la H.D. la asistencia, o bien depende directamente del hospital, o bien se realiza en estrecha relación con él, por lo que viene a ser el hospital el que asume la responsabilidad de la asistencia. Los C.E.D., en cambio, se realizan al margen de la institución hospitalaria, dependiendo de las instancias de Atención Primaria.

3. *En cuanto a la duración de las estancias:* La H.D. tiene un claro carácter temporal, pasajero, que en los C.E.D. o no existe o está mucho menos acentuado. Esto como consecuencia, naturalmente, del diferente enfoque de ambas formas de asistencia. En los C.E.D. los períodos de atención (*¿estancias?*) son por término medio mucho más largos, pues no se limitan a las fases agudas o de reagudización, sino que siguen controlando al enfermo crónico o vigilando la salud del anciano.

4. *Por el tipo de asistencia prestada:* En los C.E.D. las intervenciones son fundamentalmente de enfermería: aplicación de tratamientos, vigilancia del estado general (constantes, alimentación, deposiciones...) y atención a las diversas necesidades del enfermo (cuidados de la piel, movilización, etc.). Recibiendo también el enfermo tratamientos de podología y fisioterapia cuando sean precisos¹². En la H.D. se da un mayor protagonismo del médico, con intervenciones dirigidas al diagnóstico y tratamiento.

5. *Por la densidad de la asistencia:* La H.D. responde a la necesidad de intervenciones más frecuentes, polivalentes y técnicamente más importantes, lo que supone una coordinación más estrecha entre las diversas profesiones que intervienen. Por eso, la H.D., comparada con los C.E.D., aporta una *plus* quizá difícil de definir pero consistente en un nivel superior de complejidad, intensidad y especificidad.

Resumimos esta serie de diferencias esquemáticamente en el cuadro superior:

Capítulo III

ANÁLISIS DE LOS TRES PRIMEROS SERVICIOS DE H.D. EN ESPAÑA

Se abordan aquellos aspectos (estancias, actividad, economía) que los datos disponibles nos permiten abordar. Nos referimos a los tres Centros ya mencionados.

La mayoría de los datos han sido obtenidos directamente en estos Centros y no están publicados.

DATOS GENERALES SOBRE PACIENTES Y ESTANCIAS

En el Servicio de H.D. del Hospital Gregorio Marañón de Madrid se produjeron el año 1986 un total de 7.058 estancias, siendo la estancia media por paciente durante el mismo período de 45 días, con importantes diferencias según el área de actividad:

— Cirugía Menor	8,7 días
— Pacientes Médico-quirúrgicos	56 »
— Enfermos teminales	54 »

La media de enfermos asistidos fue de 19,5 al día¹⁵.

Durante el mismo año, en el correspondiente Servicio del Hospital de Cruces se produjeron 9.386 estancias, con una me-

día de 29 días por paciente. Siendo el promedio de enfermos atendidos de 25,7 al día^{6, 16}.

En el Hospital Virgen del Rocío de Sevilla⁷ se ocasionaron 14.855 estancias, siendo la estancia media por enfermo de 21,2 días. El número medio de pacientes atendidos fue de 25,6 por día. (Todo ello para el período comprendido entre junio del 85 y diciembre del 86, ambos inclusive). Entre los datos de este hospital llama la atención el hecho de que hubiera en ese período 61 reingresos, así como la existencia de 34 pacientes crónicos que arrojan una media de estancia de 131 días, muy por encima de todos los demás grupos, incluidos los pacientes terminales cuya estancia media es de 39,5 días. Ambos datos parecen indicar que el Servicio —en una fase inicial o de rodaje— necesita cierta reorientación.

Respecto a las edades, se observa un notable predominio de las más avanzadas, reflejando quizá lo que sucede en la hospitalización convencional. Los datos de H.D. de Cruces de 1986 no son excepcionales: más de una cuarta parte tenía más de 70 años, casi la mitad había pasado de los 60 y alrededor de 2/3 tenía más de 50 años.

CUADRO 1
Estancias totales, media y diaria (1986)

	Madrid	Cruces	Sevilla (\$)
Número total de estancias	7.058	9.386	14.855
Estancia media/paciente (días)	45	29	21,2
Número pacientes/día	19,5	25,7	25,6

(\$) Desde junio del 85 a diciembre del 86, inclusive.

VARIACIONES ESTACIONALES

En los tres Servicios se produce una bajada en la ocupación durante los períodos vacacionales. De modo especial en el verano. Así lo muestra el Gráfico I, en el que se recoge información de los pacientes atendidos, por meses del año (gráfico I).

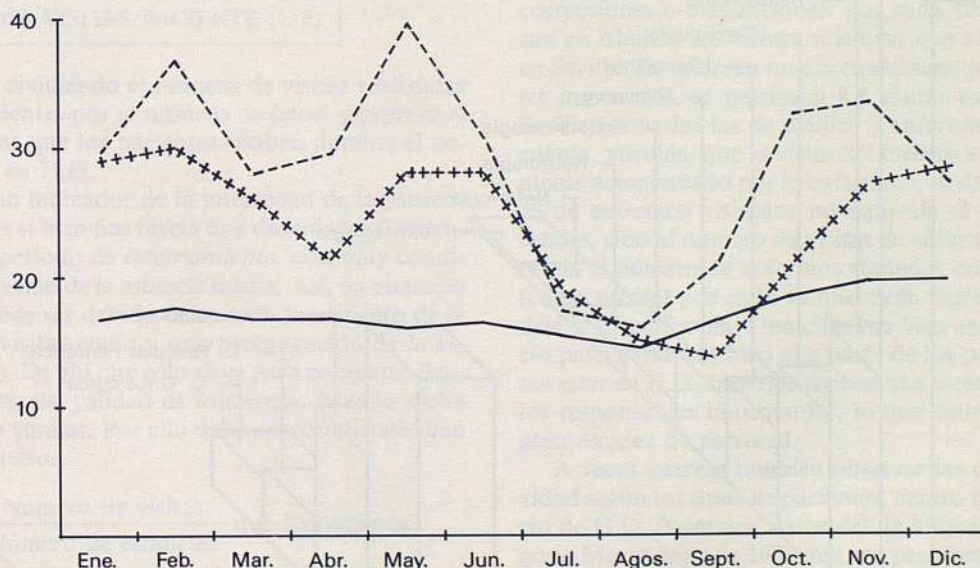
PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES

La frecuencia de las diversas patologías en H.D. no depende sólo de la incidencia de la enfermedad y de que se preste más o menos a ser atendida en esta modalidad asistencial, sino también de factores más aleatorios como son, por ejemplo, la colaboración que deseen brindar los distintos Jefes de Servicio o la presión asistencial que soporten los diferentes Servicios Hospitalarios.

En el Servicio del Hospital de Cruces predomina la patología quirúrgica, que representa 2/3 (el 66,46 %) de los casos atendidos. Dentro de ella sobresalen las apendicectomías, las herniorrafias, las laparatomías y la Cirugía Cardiovascular. El 16,93 % presentan patología médica crónica (EPOC, hepatopatías, cardiopatías, accidentes cerebro-vasculares...). Casi el 11 % son enfermos terminales, y el 5,64 % presentan patología aguda (neumonías, pericarditis, síndromes febriles y gastroenteritis agudas) (gráfico II).

En Sevilla, en cambio, predomina la patología médica sobre la quirúrgica (62,8 % y 28,04 %, respectivamente, de los ingresados en el año). Dentro de cada grupo, la frecuencia relativa de las diversas patologías no difiere mucho de la que encontramos en Cruces (gráfico III).

GRÁFICO I
VARIACIONES ESTACIONALES DE LA ACTIVIDAD



----- : Hosp. de Cruces (Vizcaya): n.º de ingresos; media años 84-86

————— : Hosp. G. Marañón (Madrid): n.º medio de estancias diarias; años 83-86

+++++++ : Hosp. Virgen del Rocío (Sevilla): n.º medio de estancias diarias; año 1986

GRÁFICO II
DISTRIBUCIÓN DE ENFERMOS SEGÚN PATOLOGÍA
(HOSPITAL DE CRUCES - 1986)

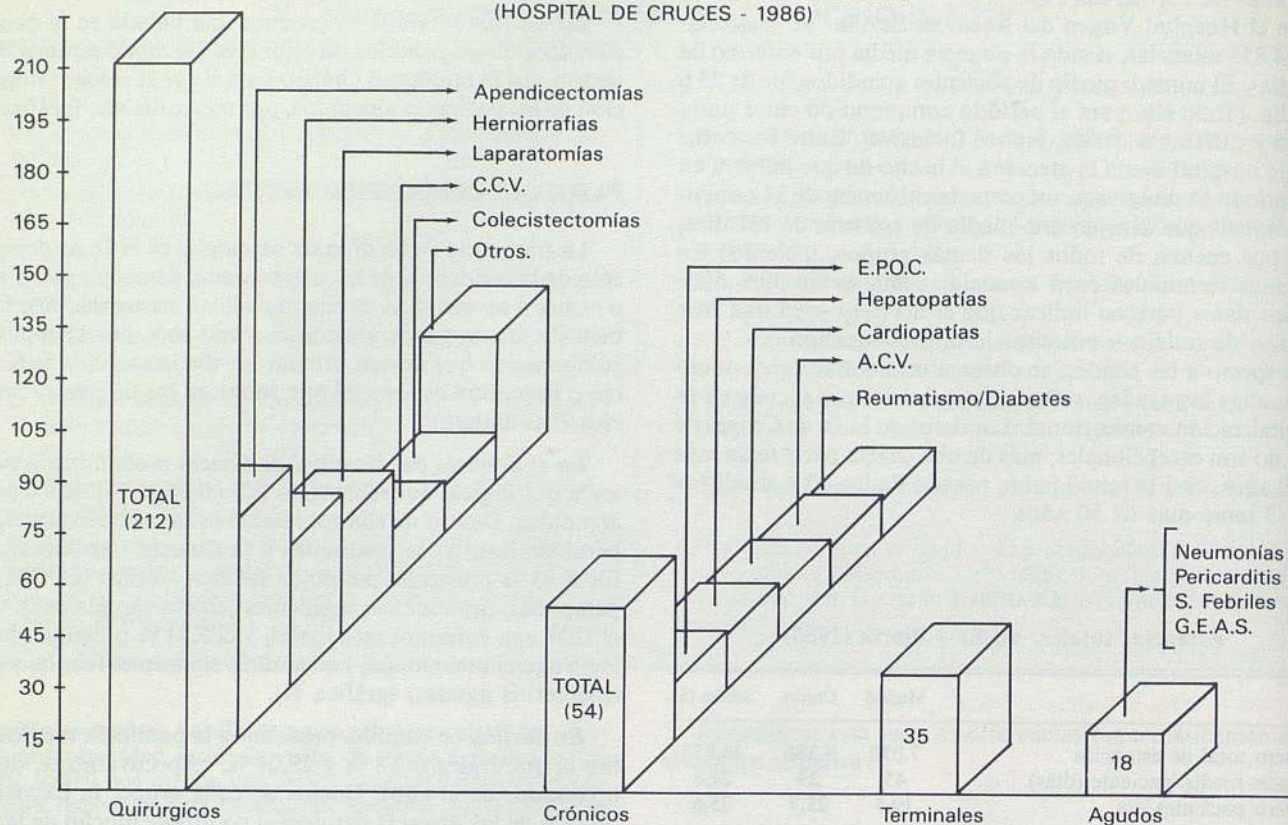
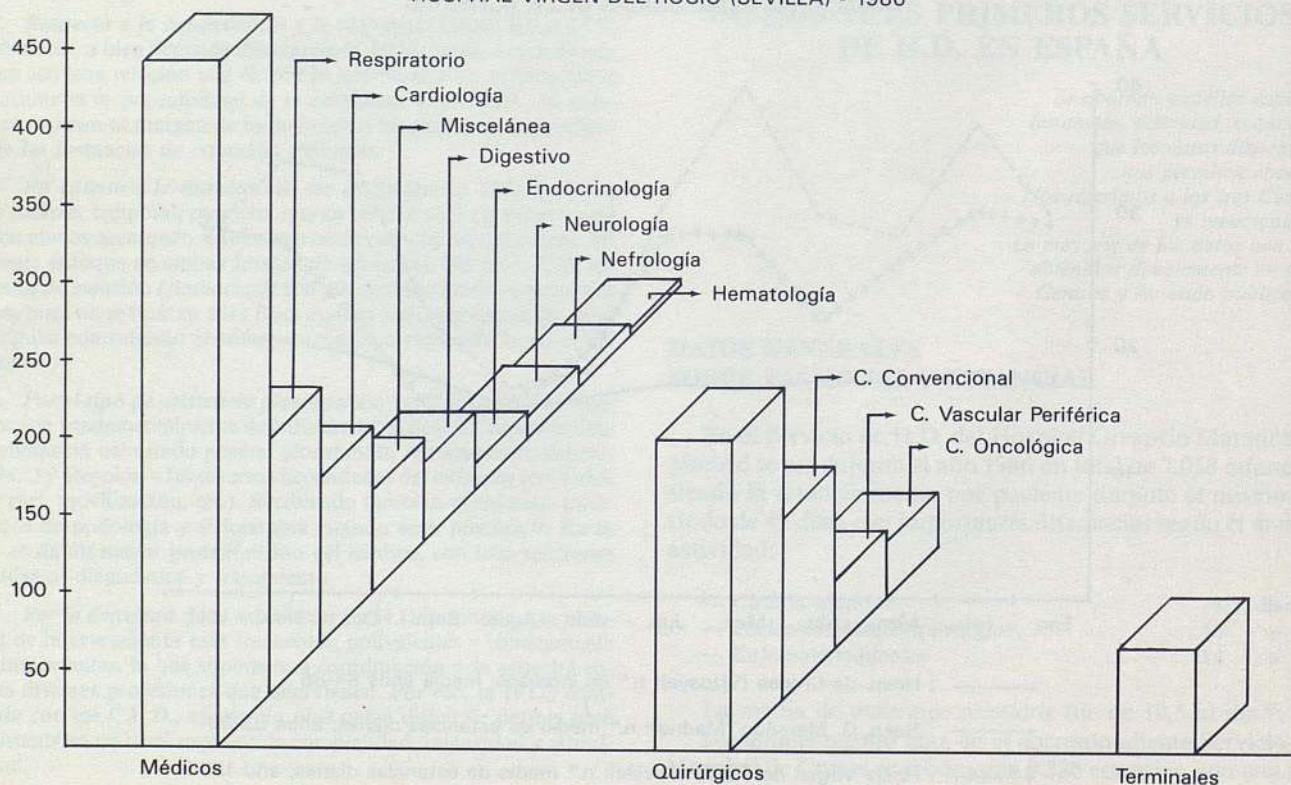


GRÁFICO III
DISTRIBUCIÓN DE ENFERMOS SEGÚN PATOLOGÍA
HOSPITAL VIRGEN DEL ROCÍO (SEVILLA) - 1986



En Madrid destaca la Cirugía Menor, con el 21,8 % del total de ingresados, y los pacientes terminales, que representan un buen porcentaje (13,38), superior al de los otros Servicios analizados).

**DATOS DE ACTIVIDAD.
INDICADORES DE INTENSIDAD
Y CALIDAD DE LA ASISTENCIA**

La actividad de un Servicio de H.D. viene reflejada por dos tipos de datos, fundamentalmente:

- El número de visitas de los distintos profesionales del equipo, que puede ofrecer una primera aproximación.
- En un segundo momento, el número de actos de diversas clases (cuidados de enfermería, exploraciones especiales...), que ofrecen una visión más pormenorizada y entre los cuales se pueden seleccionar los más significativos (por ejemplo, curas, analíticas, interconsultas, etc.).

Solamente poseemos datos del primer grupo (número de visitas), pero puede ser suficiente para nuestra finalidad, ya que nos van a permitir poner de manifiesto algunas interesantes diferencias entre dos de los Servicios mencionados (Sevilla y Madrid), en cuanto a su actividad asistencial.

Naturalmente, el número absoluto de visitas sólo indica un volumen de actividad. Para que el dato comience a revelar algo sobre las características de la misma, hay que desglosar las que llamaremos

- VISITAS TOTALES (VT), distinguiendo
- VISITAS MÉDICAS (VM)
 - VISITAS DE ENFERMERÍA (VE)

Y después relacionarlas con el número de pacientes y con el número de estancias, obteniendo así un doble parámetro:

1. Relación $\frac{\text{Número de visitas}}{\text{Número de pacientes}}$ que denominaremos

ÍNDICE VISITAS/PACIENTE (V/P)

el cual se obtiene dividiendo el número de visitas realizadas a una serie de pacientes por el número de éstos; y expresa el promedio de visitas que los pacientes reciben durante el período de estancia en H.D.

Su validez como indicador de la intensidad de la asistencia es relativa, pues si bien nos revela una densidad o frecuencia de visitas por período de internamiento, está muy condicionado por la duración de la estancia media. Así, un aumento del Índice V/P puede ser debido tanto a un incremento de la frecuencia de las visitas como a una prolongación de la estancia media (EM). De ahí que sólo sirva para comparar densidad e, indirectamente, calidad de asistencia, cuando dicha estancia media sea similar. Por ello debe ser completado con el siguiente parámetro.

2. Relación $\frac{\text{Número de visitas}}{\text{Número de estancias}}$ que llamaremos

TASA DE INTERVENCIÓN GENERAL (TIG)

cuya fórmula es $\frac{\text{Número de visitas}}{\text{Número de estancias}} \times 10$

y expresa el número de visitas que se realizan por cada diez estancias causadas. (Lo proponemos así porque interesa tener como referencia la actividad durante un día, y normalmente son pocas decenas las estancias producidas diariamente en un Servicio de H.D.).

Su validez y utilidad parecen grandes para indicar la densidad y, hasta cierto punto, la calidad de la asistencia. Puede servir para comparar distintos Servicios tanto como distintos grupos de pacientes en un mismo Servicio de H.D.

Además de la TIG, pueden utilizarse Tasas de Intervención Específicas para reflejar el número de visitas, por cada 10 estancias, de los médicos (Tasa de Intervención Médica o TIM), de las enfermeras (TIE), etc. y lo mismo cabe decir del índice V/P, que sería VT/P para el total de visitas, VM/P para las médicas, VE/P para las de enfermería, etc.

Con estos sencillos instrumentos podemos realizar un análisis de la actividad de los Servicios de Madrid y Sevilla, que tratamos de reflejar en el siguiente cuadro.

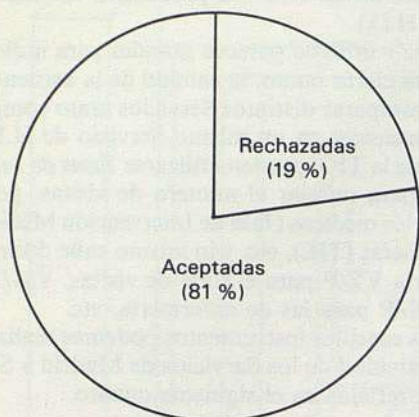
CUADRO 2
Análisis de la actividad asistencial en dos Servicios de H.D.

	Madrid	Sevilla
TIG (Tasa Interv. Gral.)	8,8	3,4
TIM	2	1,7
TIE	6,8	1,7
VT/P (Visitas Totales/Pac.)	43,5	7,2
VM/P	10	3,6
VE/P	33,5	3,6

Los índices basados en las visitas por paciente marcan ya una considerable distancia entre uno y otro Servicio, si bien habría que tener en cuenta que en el de Madrid la estancia media es aproximadamente el doble que en el de Sevilla. La Tasa de Intervención General pone de manifiesto una clara diferencia en la intensidad de la asistencia, sin necesidad de correcciones o matizaciones: por cada 10 estancias se realizan en Madrid 8,8 visitas, mientras que sólo se efectúan 3,4 en Sevilla. Es decir, en un día cualquiera, por cada 10 pacientes ingresados, se producen 8,8 visitas en Madrid y 3,4 en Sevilla (sumadas las de médico y enfermera). Si tenemos en cuenta, además, que la visita del médico se produce normalmente acompañado por la enfermera, se deduce que el número de enfermos visitados no equivale al número de visitas totales, sino al número de visitas de enfermería; y la TIE nos revela el número de enfermos visitados en un día cualquiera (como media) por cada 10 que están ingresados: 6,8 en Madrid y 1,7 en Sevilla. Una cifra tan baja en este último Servicio parece indicar, bien que parte de los pacientes no necesitan estar en H.D., bien que reciben una escasa asistencia. Según los responsables inmediatos⁷, lo que ocurre es que hay una gran escasez de personal.

A veces interesa también observar las diferencias de actividad según los tipos de pacientes, dentro de un mismo Servicio de H.D. Poseemos datos del de Madrid¹⁵ (Hospital Gregorio Marañón) y de 1986 que nos permiten comparar diversa densidad de asistencia en tres grupos de pacientes, mediante los indicadores antes señalados. Según puede observarse en el siguiente cuadro, hay considerables diferencias entre el grupo llamado de Cirugía en H.D. y los otros dos. En ese grupo se produce un número mucho más bajo de visitas por paciente

GRÁFICO IV
PETICIONES DE INGRESO EN H.D.
HOSPITAL DE CRUCES - 1986
(394 peticiones)



(la estancia media es muy inferior) y presenta la TIM más alta (3,1) al tiempo que la TIE más baja (5,9). La Tasa de Intervención de Enfermería más elevada se produce en el grupo de Cuidados Paliativos (8,3).

CUADRO 3
Actividad asistencial en H.D.
del hospital Gregorio Marañón (Madrid)

	Cirugía en H.D.	Pacientes Méd-Quir.	Cuidados Paliativos
E. media (días)	8,7	56,5	54
VM/P	2,7	12	12
VE/P	5	40	46
TIM	3,1	2,1	2,2
TIE	5,9	7,1	8,3

PETICIONES DE INGRESO

Según los datos del hospital de Cruces correspondientes al año 1986, el 19 % de las solicitudes de admisión en el Servi-

cio de H.D. hubieron de ser rechazadas. Entre los motivos del rechazo destaca la problemática social (37,3 %) y también el alto porcentaje de casos (29,3 %) en los que no había necesidad de H.D. Es éste un porcentaje ciertamente elevado si tenemos en cuenta que las solicitudes las realizan los médicos de los distintos servicios hospitalarios; indica probablemente una deficiente información respecto a la verdadera misión de la H.D. Es llamativo también que sólo el 4,1 % de los casos fueron impedidos por la negativa del paciente o de la familia (gráficos IV y V).

ALTAS

En general se concede el alta al paciente según los siguientes criterios:

- Cirugía sin complicaciones: a la retirada de los puntos.
- Cirugía con complicaciones: al cierre de la herida.
- Medicina: superación del proceso o estabilización.
- Terminales: hasta la defunción.

En algunos casos se hace necesario el ingreso en el hospital (lo que podríamos llamar más exactamente paso a la hospitalización convencional).

El siguiente cuadro nos presenta la agrupación de los pacientes según los motivos del alta en los tres Servicios de H.D. anteriormente indicados:

CUADRO 4
Motivos de alta en 1986

	Sevilla		Madrid		Bilbao		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Mejorías	492	72	103	73	255	79	850	74
Ingresos Hosp.	122	18	10	7	31	10	163	14
Exitus	53	8	29	20	37	11	119	10
Otros (\$)	12	2	0	0	0	0	12	1

(\$) Petición propia, cambio de domicilio, etc.

GRÁFICO V
MOTIVOS DE RECHAZO DEL INGRESO
HOSPITAL DE CRUCES - 1986
(75 casos)

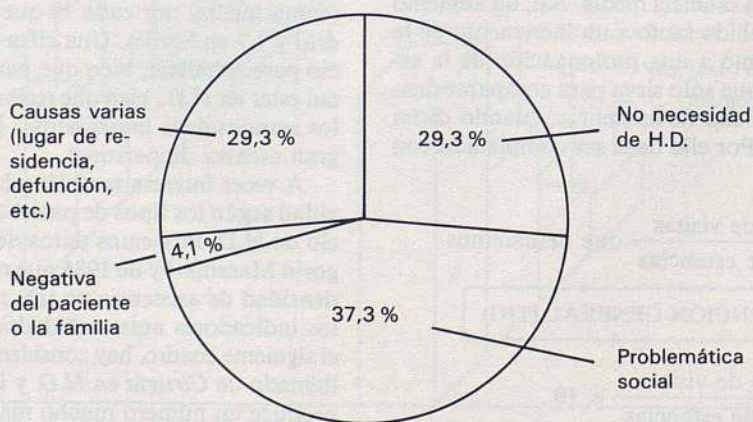
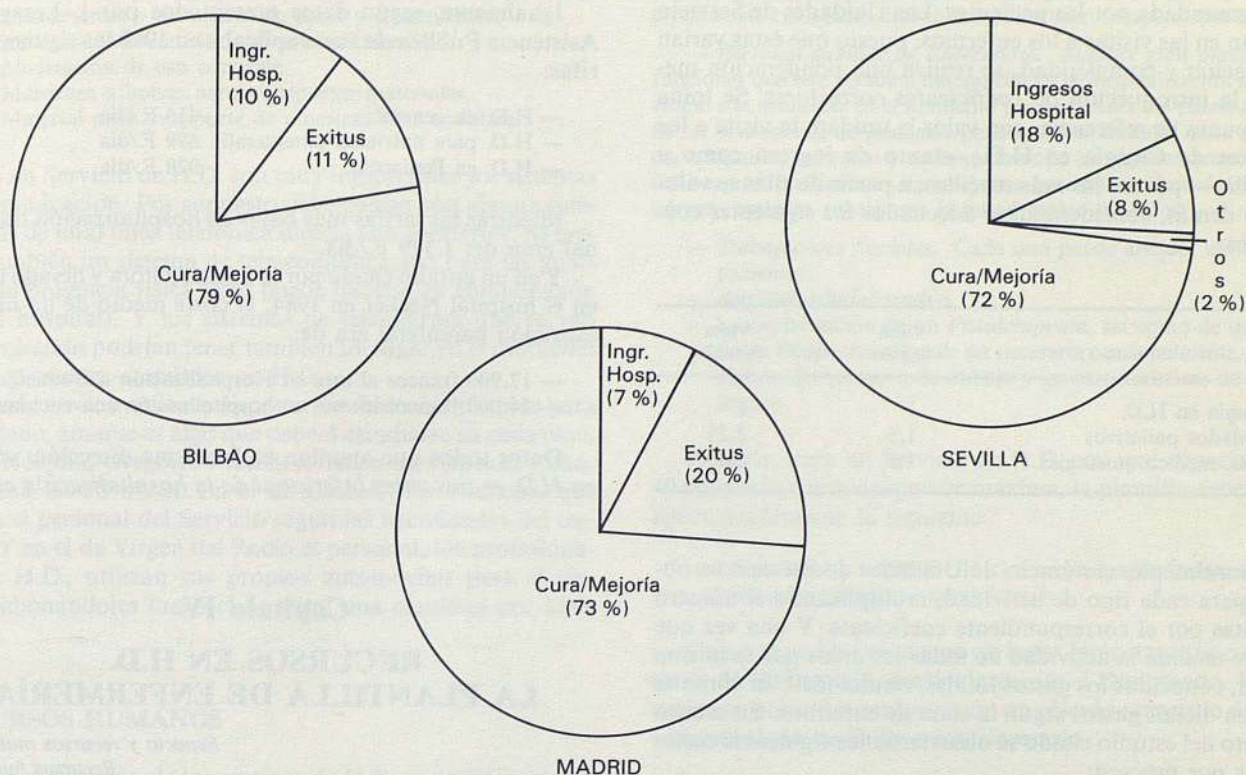


GRÁFICO VI
MOTIVOS DE ALTA - 1986



Destacan el número comparativamente elevado de las altas por ingresos en el hospital y por *otros* motivos en Sevilla (que hacen sospechar una cierta ineficacia de la asistencia o al menos una disconformidad de los interesados), así como de los éxitus en Madrid, lo que podría estar relacionado con el tipo de pacientes. Naturalmente, el destino al alta varía según la clase de enfermos.

**ANÁLISIS ECONÓMICO.
COMPARACIÓN CON LOS COSTES HOSPITALARIOS**

Dado que en sanidad, como en otros campos, los recursos son limitados, planificar implica elegir unos programas en perjuicio de otros. Y los responsables tienen el deber de distribuir dichos recursos de la forma que resulte más rentables desde el punto de vista socio-sanitario. Por ello es importante en cualquier programa o modalidad de asistencia conocer cuál es la relación entre los beneficios que produce y los costos que implica, mediante el denominado estudio o análisis Costo/Beneficio.

El mayor problema con que se encuentra dicho análisis es precisamente la cuantificación de los beneficios, dada la dificultad de medir los resultados de un programa sanitario. En nuestro caso, no obstante, podemos evitar dicho problema: puesto que nos interesa comparar los costos de la Hospitalización a Domicilio con los hospitalarios habituales, podemos partir del supuesto de que en uno y otro caso los beneficios son los mismos para enfermos semejantes. Es decir, vamos a suponer que la calidad de asistencia y los resultados equivalentes en H.D. y en la hospitalización tradicional (Suposición

que parece legítima en principio por lo que respecta a los enfermos que pueden ser asistidos en H.D.). De esta manera la cuestión se limita a comparar los costos de uno y otro sistema.

Con todo, no es fácil establecer una comparación que sea verdaderamente fiable, principalmente por la dificultad de conocer el costo que hubieran originado en el hospital los pacientes de H.D.; se plantean con frecuencia algunas dudas acerca de si la estancia media hubiera sido la misma y, sobre todo, acerca de si los enfermos atendidos en H.D. —de haber sido asistidos en hospitalización convencional— hubieran producido o no unos gastos por debajo de la media, que es la que se suele manejar en las comparaciones, en forma de costo cama/día.

No obstante, se han realizado estudios que, si no son del todo definitivos, al menos nos facilitan una aproximación a este asunto. El más cercano a nosotros es el efectuado por el doctor J. Sarabia Alvarezde en el Hospital Provincial (ahora Gregorio Marañón) de Madrid y que presentamos resumido a continuación. Toma en cuenta el mencionado estudio¹⁷ las tres líneas fundamentales de trabajo en el Servicio de H.D. del referido hospital (a saber: Cirugía en H.D., Cuidados Paliativos y Asistencia médico-quirúrgica general) para conocer los costos por separado, y se refiere a un período anual, el año 1982 completo, en razón de una mayor sencillez y claridad.

El *costo total* del Servicio en ese año (que fue de 27.502.783 pesetas) se distribuyó así:

— Personal:	82 %
— Servicios de Apoyo:	7,3 %
— Compra de bienes:	6,71 %
— Transporte:	3,92 %

Como base para el cálculo de los distintos gastos ocasionados por cada tipo de enfermos, se utiliza el concepto *Unidad de servicio*, mediante el cual se pretende medir la atención demandada por los pacientes. Las Unidades de Servicio se basan en las visitas a los enfermos; puesto que éstas varían en duración y complejidad, se realiza una ponderación mediante la introducción de *coeficientes correctores*. Se toma como punto de referencia, con valor la unidad, la visita a los pacientes de Cirugía en H.D. —tanto de ingreso como a domicilio— por ser las más sencillas; a partir de ellas se valoran las demás, considerándose adecuados los siguientes coeficientes:

	Visita ingreso	Visita domicilio
Cirugía en H.D.	1	1
Cuidados paliativos	1,5	2,25
Asist. médico-quirúrgica	1,5	2,4

Naturalmente, el número de Unidades de Servicio se obtiene, para cada tipo de actividad, multiplicando el número de visitas por el correspondiente coeficiente. Y una vez que se tiene medida la actividad de todas las áreas por la misma unidad, conocidos los gastos totales, resulta fácil ver cómo se reparten dichos gastos según la clase de enfermos. En el caso concreto del estudio citado se obtuvieron los siguientes *costes medios por proceso*:

- Cirugía en H.D.: 26.704 ptas.
- Cuidados paliativos: 167.940 ptas.
- Asist. méd-quirúrgica: 168.272 ptas.

La *comparación con los costos hospitalarios* hace ver que —en el supuesto de que la estancia media hubiera sido la misma— el coste medio por proceso en la hospitalización tradicional hubiera sido:

- 4,38 veces superior en Cirugía en H.D.
- 2,63 veces superior en C. Paliativos.
- 3,09 veces superior en Asist. méd-quirúrgica.

En realidad la estancia media de estos pacientes en hospitalización convencional resultó similar en C. Paliativos, inferior en Asist. méd-quirúrgica y superior en Cirugía (siempre comparando pacientes de similares características). Con lo cual, si se tiene en cuenta la estancia media real en uno y otro sistema, la diferencia de costo antes indicada se mantiene respecto a los C. paliativos, se suaviza respecto a los médico-quirúrgicos y se incrementa en Cirugía.

Datos procedentes de otros Servicios y lugares vienen a confirmar los resultados a que apunta el referido estudio, es decir:

EL COSTO MEDIO CAMA/DÍA EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO ES APROXIMADAMENTE 1/3 DEL COSTO CAMA/DÍA EN LA HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL.

Por ejemplo, en el Hospital Virgen del Rocío⁷, el costo cama/día en H.D. en 1986 fue de 4.250 pesetas, mientras en el resto del hospital era de unas 17.000 pesetas.

Igualmente, según datos presentados por I. Lesage², la Asistencia Pública de París aplicaba en 1986 las siguientes tarifas:

- H.D. en general: 416 F./día
- H.D. para nutrición parenteral: 699 F./día
- H.D. en Pediatría: 928 F./día

Mientras las tarifas más bajas en hospitalización tradicional eran de: 1.379 F./día.

Y en un estudio citado por la misma autora y llevado a cabo en el hospital Necker en 1984, el coste medio de un niño en nutrición parenteral era de:

- 17.900 francos al mes en Hospitalización a Domicilio.
- 54.000 francos al mes en hospitalización convencional.

Datos todos que apuntan en la misma dirección: *el coste en H.D. es tres veces inferior al de la hospitalización clásica.*

Capítulo IV

RECURSOS EN H.D. LA PLANTILLA DE ENFERMERÍA

*Espacio y recursos materiales.
Recursos humanos.
Cálculo de la plantilla
de Diplomados en Enfermería*

ESPACIO FÍSICO Y UBICACIÓN

No es necesario que un Servicio de H.D. se ubique físicamente dentro del hospital; puede estar situado en dependencias ajenas al mismo. Ahora bien, puesto que ha de estar en estrecho contacto con él, conviene que tenga buenas comunicaciones y, a ser posible, un fácil acceso. No hay que olvidar que con frecuencia se recurre a los Servicios Centrales hospitalarios y que, al proceder los pacientes del hospital, el personal de H.D. tiene que desplazarse a él también con frecuencia para visitar a los candidatos a ingresar.

En cualquier caso se necesita poco espacio:

- Una sala de trabajo y reuniones.
- Algún despacho.
- Un almacén.

En total, puede bastar con unos 100 m².

RECURSOS MATERIALES

Además de los muebles y materiales de oficina —que no es preciso detallar—, un Servicio de H.D. necesita fundamentalmente los siguientes recursos de carácter sanitario (la cantidad dependerá del número y patología de los pacientes atendidos):

- Camas articuladas.
- Carros de ruedas.
- Pies de goteo.

Como base para el cálculo de los distintos gastos ocasionados por cada tipo de enfermos, se utiliza el concepto *Unidad de servicio*, mediante el cual se pretende medir la atención demandada por los pacientes. Las Unidades de Servicio se basan en las visitas a los enfermos; puesto que éstas varían en duración y complejidad, se realiza una ponderación mediante la introducción de *coeficientes correctores*. Se toma como punto de referencia, con valor la unidad, la visita a los pacientes de Cirugía en H.D. —tanto de ingreso como a domicilio— por ser las más sencillas; a partir de ellas se valoran las demás, considerándose adecuados los siguientes coeficientes:

	Visita ingreso	Visita domicilio
Cirugía en H.D.	1	1
Cuidados paliativos	1,5	2,25
Asist. médico-quirúrgica	1,5	2,4

Naturalmente, el número de Unidades de Servicio se obtiene, para cada tipo de actividad, multiplicando el número de visitas por el correspondiente coeficiente. Y una vez que se tiene medida la actividad de todas las áreas por la misma unidad, conocidos los gastos totales, resulta fácil ver cómo se reparten dichos gastos según la clase de enfermos. En el caso concreto del estudio citado se obtuvieron los siguientes *costes medios por proceso*:

- Cirugía en H.D.: 26.704 ptas.
- Cuidados paliativos: 167.940 ptas.
- Asist. méd-quirúrgica: 168.272 ptas.

La *comparación con los costos hospitalarios* hace ver que —en el supuesto de que la estancia media hubiera sido la misma— el coste medio por proceso en la hospitalización tradicional hubiera sido:

- 4,38 veces superior en Cirugía en H.D.
- 2,63 veces superior en C. Paliativos.
- 3,09 veces superior en Asist. méd-quirúrgica.

En realidad la estancia media de estos pacientes en hospitalización convencional resultó similar en C. Paliativos, inferior en Asist. méd-quirúrgica y superior en Cirugía (siempre comparando pacientes de similares características). Con lo cual, si se tiene en cuenta la estancia media real en uno y otro sistema, la diferencia de costo antes indicada se mantiene respecto a los C. paliativos, se suaviza respecto a los médico-quirúrgicos y se incrementa en Cirugía.

Datos procedentes de otros Servicios y lugares vienen a confirmar los resultados a que apunta el referido estudio, es decir:

EL COSTO MEDIO CAMA/DÍA EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO ES APROXIMADAMENTE 1/3 DEL COSTO CAMA/DÍA EN LA HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL.

Por ejemplo, en el Hospital Virgen del Rocío⁷, el costo cama/día en H.D. en 1986 fue de 4.250 pesetas, mientras en el resto del hospital era de unas 17.000 pesetas.

Igualmente, según datos presentados por I. Lesage², la Asistencia Pública de París aplicaba en 1986 las siguientes tarifas:

- H.D. en general: 416 F./día
- H.D. para nutrición parenteral: 699 F./día
- H.D. en Pediatría: 928 F./día

Mientras las tarifas más bajas en hospitalización tradicional eran de: 1.379 F./día.

Y en un estudio citado por la misma autora y llevado a cabo en el hospital Necker en 1984, el coste medio de un niño en nutrición parenteral era de:

- 17.900 francos al mes en Hospitalización a Domicilio.
- 54.000 francos al mes en hospitalización convencional.

Datos todos que apuntan en la misma dirección: *el coste en H.D. es tres veces inferior al de la hospitalización clásica.*

Capítulo IV

RECURSOS EN H.D. LA PLANTILLA DE ENFERMERÍA

*Espacio y recursos materiales.
Recursos humanos.
Cálculo de la plantilla
de Diplomados en Enfermería*

ESPACIO FÍSICO Y UBICACIÓN

No es necesario que un Servicio de H.D. se ubique físicamente dentro del hospital; puede estar situado en dependencias ajenas al mismo. Ahora bien, puesto que ha de estar en estrecho contacto con él, conviene que tenga buenas comunicaciones y, a ser posible, un fácil acceso. No hay que olvidar que con frecuencia se recurre a los Servicios Centrales hospitalarios y que, al proceder los pacientes del hospital, el personal de H.D. tiene que desplazarse a él también con frecuencia para visitar a los candidatos a ingresar.

En cualquier caso se necesita poco espacio:

- Una sala de trabajo y reuniones.
- Algún despacho.
- Un almacén.

En total, puede bastar con unos 100 m².

RECURSOS MATERIALES

Además de los muebles y materiales de oficina —que no es preciso detallar—, un Servicio de H.D. necesita fundamentalmente los siguientes recursos de carácter sanitario (la cantidad dependerá del número y patología de los pacientes atendidos):

- Camas articuladas.
- Carros de ruedas.
- Pies de goteo.

- Equipos de oxigenoterapia portátiles.
- Aspiradores autónomos.
- Electrocardiógrafo portátil.
- Instrumental y materiales de curas y tratamientos.
- Material de absorción y para incontinencias.
- Medicación de uso corriente.
- Maletines o bolsas para transportar materiales.
- Material para transporte de muestras para analítica.

En un Servicio de H.D. son muy importantes los sistemas de comunicación. Por supuesto debe contar con alguna (mejor más de una) línea telefónica directa con el exterior. Se precisa también un sistema de tele-comunicación para las guardias sin presencia física (esto puede hacerse en colaboración con el hospital). Y los sistemas de tele-alarma que se van desarrollando podrían tener también un lugar en el domicilio de los pacientes atendidos en H.D.

Puede ser conveniente disponer de vehículos propios para el traslado, aunque es algo que deberá estudiarse en cada caso. En el Hospital Gregorio Marañón tienen un vehículo y chófer hasta las 18 horas. En el de Cruces, tres vehículos que utiliza el personal del Servicio según las necesidades del trabajo. Y en el de Virgen del Rocío el personal, los profesionales de H.D., utilizan sus propios automóviles para el trabajo, abonándoles luego el hospital una cantidad por kilómetro.

RECURSOS HUMANOS

La composición de los equipos de H.D. varía lógicamente en función de diversos factores (patología de los enfermos asistidos, cobertura, distancias...), pero pueden establecerse algunos criterios generales. Veamos antes la constitución de algunos Servicios concretos:

- El Hospital Gregorio Marañón, de Madrid, tiene un equipo formado por:
2 médicos - 6 ATS/DUE (incluyendo una supervisora) - 3 auxiliares de clínica - 1 trabajadora social - 1 auxiliar administrativo - 1 chófer.

Y estima que podría atender una media de más de 30 estancias diarias, aunque actualmente la ocupación es mucho menor (media de 19,5 estancias diarias en 1986).

- El de Cruces, con una capacidad similar y una ocupación mayor en 1986 (25,7 estancias diarias), tiene un equipo formado por:
1 médico coordinador - 3 médicos asistenciales - 6 ATS/DUE - 1 trabajadora social - 1 auxiliar administrativo (estos dos últimos a tiempo parcial).
Carece de Auxiliares de Clínica, siendo su labor realizada por los Diplomados de Enfermería y los familiares del paciente.
- El Hospital Virgen del Rocío, de Sevilla, comenzó con un equipo irregular compuesto que luego ha ido asemejándose a los que acabamos de describir.

En general, se pueden dar los siguientes criterios respecto a la composición de un equipo de H.D.:

- **Personal Médico.** Se estima necesario un médico por cada 15 pacientes. Conviene que sean Internistas o Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, pues su formación les prepara mejor para asumir las diferentes patologías que se presentan.

- **Personal de Enfermería titulado.** Uno por cada 5-8 pacientes, según las características de éstos (presentaremos luego un cálculo de plantilla de Personal de Enfermería). En otro lugar exponemos también las cualidades deseables en el mismo para trabajar en H.D.

- **Personal auxiliar de Enfermería.** Aunque gran parte de las funciones que este personal desempeña en la hospitalización convencional son asumidas en el domicilio por la familia del paciente, puede ser conveniente su presencia para ayuda al titulado en la asistencia a algunos enfermos y en la realización de algunas áreas dentro del hospital (hablaremos luego de sus funciones). En todo caso, su número no debe sobrepasar la mitad de los titulados.

- **Trabajadores Sociales.** Cada uno puede atender unos 30-40 pacientes.
- **Auxiliar administrativo.**
- La colaboración de un **Fisioterapeuta**, así como de un **Tera-peuta Ocupacional** puede ser necesaria ocasionalmente, dependiendo del volumen de trabajo y las características de los enfermos.

Es decir, para un Servicio de H.D. con una capacidad de 40 enfermos y una ocupación máxima, la plantilla debería ser aproximadamente la siguiente:

- 2-3 médicos - 7 ATS/DUE - 2-3 auxiliares de Enfermería - 1 trabajador social - 1 administrativo.

Como se puede ver, ocupa un lugar importantísimo el personal de Enfermería, particularmente el Diplomado. Vamos a ofrecer por eso a continuación un cálculo razonado del personal titulado de Enfermería necesario.

CÁLCULO DE LA PLANTILLA DE DIPLOMADOS EN ENFERMERÍA

En el siguiente cálculo vamos a suponer que las enfermeras visitan al paciente solas o junto con el médico o un auxiliar, pero nunca dos juntas. Igualmente que la distribución del trabajo por turnos puede hacerse con libertad, de modo que este aspecto no necesita ser tenido en cuenta al calcular la plantilla.

Efectuaremos el cálculo para un Servicio con capacidad para 36 pacientes, con un Índice de Ocupación de 0,85; lo que equivale a una media de 30 estancias diarias ($36 \times 0,85 = 30,6$) aproximadamente. Se trata, pues, de responder diariamente a las necesidades de enfermería de una media de 30 pacientes.

En primer lugar, hemos de saber el **tiempo de enfermería requerido**, que estará en función de dos variables: 1) El número de visitas que es necesario realizar diariamente, y 2) La duración de las mismas. Una y otra dependen, naturalmente, de la clase de pacientes. (Vamos a considerar los tres grupos que distinguen en el Hospital Gregorio Marañón: Cirugía en H.D., Médico-quirúrgicos y Terminales).

La primera, el número de visitas necesarias, nos viene dado por la Tasa de Intervención de Enfermería (TIE), que representa justamente el número de visitas por cada 10 pacientes. La duración se estima en 30 minutos para los pacientes de Cirugía en H.D. y en 50 minutos para el resto (incluyendo el tiempo destinado a transporte).

En cuanto a la distribución, vamos a suponer que de los 30 pacientes, 5 (16,7%) son de Cirugía Convencional, 3 (10%) Terminales y el resto (22) Médico-quirúrgicos. Para cada grupo obtendremos el número de visitas necesarias diariamente

aplicando la TIE, que es respectivamente 5,9; 8,3 y 7,1; es decir, multiplicando esta cifra por el número de pacientes del grupo y dividiendo el resultado por 10 (ya que la Tasa viene dada en Visitas por cada 10 pacientes). Multiplicando luego las visitas por el tiempo de cada una obtenemos los siguientes resultados.

Grupo	N.º pac.	TIE	Visita/día	Min./visita	Min./día
A	5	5,9	3	30	90
B (&)	3	8,3	2,5	50	125
C	22	7,1	15,6	50	780
TOTAL	30				995

(&) El grupo A corresponde a Cirugía en H.D., el B a pacientes terminales y el C a médico-quirúrgicos.

Tenemos así calculado el tiempo en minutos que es necesario dedicar cada día a la asistencia (por las enfermeras) en el domicilio del paciente. Para saber cuántas han de estar trabajando diariamente para llevar a cabo dicha asistencia, hemos de conocer el tiempo que cada una dedica a la misma: De las 7 horas de jornada laboral hay que descontar, además de unos 30 minutos para el descanso, aproximadamente dos horas que se dedican a la actividad intrahospitalaria (reuniones, preparación de materiales, etc.); restan, pues, 4 horas y 30 minutos, que es el tiempo dedicado por cada enfermera diariamente a la asistencia directa domiciliaria. Dividiremos, por tanto, el tiempo de enfermería requerido entre el dedicado por cada enfermera en minutos (270 minutos):

$$\frac{995}{270} = 3,7 = \text{aprox. 4 enfermeras}$$

Hay que cubrir, pues, 4 puestos de enfermería cada día del año, lo que al cabo del mismo supone:

$$4 \times 7 \text{ h.} \times 365 \text{ d.} = 10.220 \text{ horas Enf./año}$$

Y cada enfermera trabaja al año unas 230 jornadas, es decir:

$$230 \text{ d.} \times 7 \text{ h.} = 1.610 \text{ h.}$$

Luego habremos de dividir las horas totales por las que cada enfermera trabaja al año para saber cuál debe ser la plantilla de enfermería necesaria:

$$\frac{10.220}{1.610} = 6,3 \text{ enfermeras}$$

Podemos concluir que, en el supuesto que hemos considerado, con 6 enfermeras tendríamos una plantilla ajustada pero suficiente para garantizar la asistencia durante todo el año.

Habría que añadir que nos estamos refiriendo a enfermeras dedicadas plenamente a la asistencia, por lo que no incluimos a la Supervisora, que destina mucho menos tiempo a la misma. Con ello, no obstante, podría compensar lo ajustado de la plantilla de 6 enfermeras asistenciales.

En el caso propuesto necesitamos, pues, 7 enfermeras tituladas, 1 de ellas en funciones de Supervisora y las otras 6 dedicadas a la asistencia.

Capítulo V

IMPORTANCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMERÍA EN H.D.

*Importancia de la enfermería en H.D.
Características de su ejercicio.
Cualidades convenientes
en los profesionales de enfermería.*

IMPORTANCIA Y RESPONSABILIDAD DE LA ENFERMERÍA EN H.D.

Lo mismo que en la hospitalización tradicional, en H.D. la profesión de enfermería tiene un papel fundamental, desempeñando la mayor parte de la actividad. Esto se pone de manifiesto cuando se observan y analizan los datos de actividad de cualquier Servicio o Unidad de H.D. (ver capítulo III).

Se sale de lo normal en este aspecto la Unidad de H.D. de Sevilla, cuyos datos revelan una actividad de Enfermería similar a la de Medicina y muy baja en relación al número de pacientes y de estancias. En efecto, que cada 10 pacientes ingresados en un día cualquiera, sólo 1,7 sean visitados por un personal de enfermería, parece indicar que no se les puede proporcionar una asistencia adecuada (suponiendo que su permanencia en H.D. esté justificada).

Probablemente esta situación está en el origen de algunas otras anomalías que se observan en la mencionada Unidad de Sevilla, tales como:

- Altas por motivos extraños.
- Porcentaje alto de reingresos en el hospital.

Aunque no nos vamos a extender en ello, esta experiencia del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla puede servir como ejemplo de las limitaciones de un Servicio o Unidad de H.D. con una plantilla de enfermería absolutamente escasa, equivalente a la de médicos en número. Se trata de una irregularidad en cierto modo explicable, por estar la Unidad en sus inicios, pero del todo injustificable. Todo el personal es consciente de ella y en la Memoria del año 86 reclama una multiplicación por tres de la plantilla de enfermería para estar en la proporción ordinaria en este tipo de asistencia y poder atender dignamente a los enfermos⁷. Parece que la situación ha sido posteriormente corregida, al menos en parte.

En el Servicio de H.D. de Madrid, en cambio, que tiene ya una considerable experiencia y está equilibrado en la dotación de personal, observamos lo siguiente:

1. La Tasa de Intervención de Enfermería es algo más de tres veces superior a la de Medicina (TIE = 6,8; TIM = 2). Es decir, por cada 10 enfermos, son visitados un día cualquiera 2 de ellos por los médicos, mientras 6,8 por personal de enfermería.

2. Si comparamos el índice Visitas/Paciente, vemos también que el de Enfermería es algo más del triple que el de Medicina: Como media, un paciente durante el período de su estancia en H.D. es visitado 10 veces por el médico y 33,5 por la enfermera (cuadro 2).

3. La diferencia entre la TIE y la TIM es menor en los pacientes de Cirugía en H.D., aumenta considerablemente en los médico-quirúrgicos y es aún mayor en los terminales (Cuidados Paliativos) (ver cuadro 3).

Estos datos dejan clara la importancia de la enfermería en H.D., que probablemente no será muy distinta de la que tiene

aplicando la TIE, que es respectivamente 5,9; 8,3 y 7,1; es decir, multiplicando esta cifra por el número de pacientes del grupo y dividiendo el resultado por 10 (ya que la Tasa viene dada en Visitas por cada 10 pacientes). Multiplicando luego las visitas por el tiempo de cada una obtenemos los siguientes resultados.

Grupo	N.º pac.	TIE	Visita/día	Min./visita	Min./día
A	5	5,9	3	30	90
B (&)	3	8,3	2,5	50	125
C	22	7,1	15,6	50	780
TOTAL	30				995

(&) El grupo A corresponde a Cirugía en H.D., el B a pacientes terminales y el C a médico-quirúrgicos.

Tenemos así calculado el tiempo en minutos que es necesario dedicar cada día a la asistencia (por las enfermeras) en el domicilio del paciente. Para saber cuántas han de estar trabajando diariamente para llevar a cabo dicha asistencia, hemos de conocer el tiempo que cada una dedica a la misma: De las 7 horas de jornada laboral hay que descontar, además de unos 30 minutos para el descanso, aproximadamente dos horas que se dedican a la actividad intrahospitalaria (reuniones, preparación de materiales, etc.); restan, pues, 4 horas y 30 minutos, que es el tiempo dedicado por cada enfermera diariamente a la asistencia directa domiciliaria. Dividiremos, por tanto, el tiempo de enfermería requerido entre el dedicado por cada enfermera en minutos (270 minutos):

$$\frac{995}{270} = 3,7 = \text{aprox. 4 enfermeras}$$

Hay que cubrir, pues, 4 puestos de enfermería cada día del año, lo que al cabo del mismo supone:

$$4 \times 7 \text{ h.} \times 365 \text{ d.} = 10.220 \text{ horas Enf./año}$$

Y cada enfermera trabaja al año unas 230 jornadas, es decir:

$$230 \text{ d.} \times 7 \text{ h.} = 1.610 \text{ h.}$$

Luego habremos de dividir las horas totales por las que cada enfermera trabaja al año para saber cuál debe ser la plantilla de enfermería necesaria:

$$\frac{10.220}{1.610} = 6,3 \text{ enfermeras}$$

Podemos concluir que, en el supuesto que hemos considerado, con 6 enfermeras tendríamos una plantilla ajustada pero suficiente para garantizar la asistencia durante todo el año.

Habría que añadir que nos estamos refiriendo a enfermeras dedicadas plenamente a la asistencia, por lo que no incluimos a la Supervisora, que destina mucho menos tiempo a la misma. Con ello, no obstante, podría compensar lo ajustado de la plantilla de 6 enfermeras asistenciales.

En el caso propuesto necesitamos, pues, 7 enfermeras tituladas, 1 de ellas en funciones de Supervisora y las otras 6 dedicadas a la asistencia.

Capítulo V

IMPORTANCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMERÍA EN H.D.

*Importancia de la enfermería en H.D.
Características de su ejercicio.
Cualidades convenientes
en los profesionales de enfermería.*

IMPORTANCIA Y RESPONSABILIDAD DE LA ENFERMERÍA EN H.D.

Lo mismo que en la hospitalización tradicional, en H.D. la profesión de enfermería tiene un papel fundamental, desempeñando la mayor parte de la actividad. Esto se pone de manifiesto cuando se observan y analizan los datos de actividad de cualquier Servicio o Unidad de H.D. (ver capítulo III).

Se sale de lo normal en este aspecto la Unidad de H.D. de Sevilla, cuyos datos revelan una actividad de Enfermería similar a la de Medicina y muy baja en relación al número de pacientes y de estancias. En efecto, que cada 10 pacientes ingresados en un día cualquiera, sólo 1,7 sean visitados por un personal de enfermería, parece indicar que no se les puede proporcionar una asistencia adecuada (suponiendo que su permanencia en H.D. esté justificada).

Probablemente esta situación está en el origen de algunas otras anomalías que se observan en la mencionada Unidad de Sevilla, tales como:

- Altas por motivos extraños.
- Porcentaje alto de reingresos en el hospital.

Aunque no nos vamos a extender en ello, esta experiencia del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla puede servir como ejemplo de las limitaciones de un Servicio o Unidad de H.D. con una plantilla de enfermería absolutamente escasa, equivalente a la de médicos en número. Se trata de una irregularidad en cierto modo explicable, por estar la Unidad en sus inicios, pero del todo injustificable. Todo el personal es consciente de ella y en la Memoria del año 86 reclama una multiplicación por tres de la plantilla de enfermería para estar en la proporción ordinaria en este tipo de asistencia y poder atender dignamente a los enfermos⁷. Parece que la situación ha sido posteriormente corregida, al menos en parte.

En el Servicio de H.D. de Madrid, en cambio, que tiene ya una considerable experiencia y está equilibrado en la dotación de personal, observamos lo siguiente:

1. La Tasa de Intervención de Enfermería es algo más de tres veces superior a la de Medicina (TIE = 6,8; TIM = 2). Es decir, por cada 10 enfermos, son visitados un día cualquiera 2 de ellos por los médicos, mientras 6,8 por personal de enfermería.

2. Si comparamos el índice Visitas/Paciente, vemos también que el de Enfermería es algo más del triple que el de Medicina: Como media, un paciente durante el período de su estancia en H.D. es visitado 10 veces por el médico y 33,5 por la enfermera (cuadro 2).

3. La diferencia entre la TIE y la TIM es menor en los pacientes de Cirugía en H.D., aumenta considerablemente en los médico-quirúrgicos y es aún mayor en los terminales (Cuidados Paliativos) (ver cuadro 3).

Estos datos dejan clara la importancia de la enfermería en H.D., que probablemente no será muy distinta de la que tiene

en la hospitalización convencional. No obstante, cabe suponer que favorecen una mayor independencia y responsabilidad para enfermería algunas condiciones de la H.D., tales como:

- El número elevado de enfermos que requieren sobre todo cuidados de enfermería (crónicos, terminales).
- La escasa presencia del médico en el domicilio del paciente.

En algunas formas de asistencias similares a la H.D. la enfermería llega incluso a asumir el papel de coordinar al resto de los profesionales que intervienen¹⁸.

El papel central de Enfermería en H.D. tiene que ver también con el hecho de que las visitas domiciliarias (que son el vehículo asistencial en esta modalidad) sean casi siempre visitas de Enfermería al hallarse esta profesión presente en ellas, sola o en compañía de otras como luego veremos. Ello hace que la Enfermería se constituya en el eje en torno al cual se organiza toda la asistencia.

ASPECTOS TÉCNICOS

Desde el punto de vista técnico, la actuación de enfermería viene determinada por las necesidades que presenta el paciente y en lo esencial no depende del lugar en el que se realiza, aunque pueda estar de algún modo condicionada por él. Los procedimientos de enfermería, por ello, son básicamente los mismos en el domicilio que en el hospital para el mismo tipo de enfermos y necesidades. Así por ejemplo, ante un enfermo con E.P.O.C. la actuación tendrá que ir dirigida a:

- Vigilar la ventilación.
- Ayudar a eliminar secreciones.
- Aplicar tratamientos broncodilatadores, etc.
- Realizar controles analíticos.
- Cuidar las condiciones ambientales.

Todo ello según pautas y procedimientos similares a los que se seguirían en el hospital. Dando más importancia, eso sí, a la instrucción del enfermo y de la familia para que sean autosuficientes en la mayor medida posible.

Algo parecido puede decirse en cuanto a los cuidados de las heridas y escaras: no hay por qué utilizar procedimientos distintos y peculiares (aunque, naturalmente, pueden introducirse innovaciones), pero sí será necesaria cierta creatividad para —disponiendo generalmente de menos recursos que en el hospital— realizar los procedimientos con la misma asepsia y eficacia.

Así pues, los rasgos distintivos de la enfermería en H.D. no se basan en los procedimientos técnicos (que son los generalmente válidos, aplicados a las condiciones del hogar cuando sea preciso) sino que tienen que ver con otros aspectos, tales como:

- El modo de relación con el paciente.
- El papel más activo del enfermo y su familia.
- Las repercusiones de la enfermedad en la familia.

Los cuales obligan al profesional de enfermería a estar atento a estos fenómenos y preocuparse más de lo habitual por los asuntos psicológicos y la educación sanitaria, tal como luego vamos a exponer.

La peculiaridad de la enfermería en H.D. se manifiesta tam-

bién en la organización del trabajo; no sólo de un modo general (la organización de la actividad en el Servicio o Unidad de H.D.) sino el de cada enfermera en su atención directa al paciente. Pues esta atención se basa en la visita domiciliaria, que debe ser bien programada y en la que deben realizarse actividades de diverso tipo según las necesidades del caso:

- Prestar los cuidados propios de enfermería dirigidos a la satisfacción de las necesidades del paciente.
- Observar su estado (evolución de constantes, etc.).
- Enseñar al enfermo y la familia los cuidados que pueden y deben llevar a cabo.
- Comprobar la asimilación de las explicaciones propias y las del médico.
- Realizar toma de muestras y aplicación de tratamientos, cuando sea preciso.
- Dejar constancia por escrito de la evolución.
- Suplir la falta de material o medicamentos.

EL DOMICILIO DEL PACIENTE COMO LUGAR DE EJERCICIO DE LA ENFERMERÍA

Desde este punto de vista, el hogar del paciente se caracteriza porque en él:

- El enfermo se halla en su entorno habitual.
- La enfermera se encuentra en un entorno nuevo¹⁹.

Es decir, justamente lo contrario de lo que sucede en el hospital, donde quien tiene que adaptarse es el paciente, normalmente con incomodidad y angustia.

Para la enfermera, en cambio, el hospital representa un medio que conoce y que le ampara en una serie de rutinas establecidas, simplificando de alguna manera la tarea para ella (y probablemente en perjuicio del paciente; por eso debe superarlas, salirse de la rutina, si desea ofrecer un servicio profesional de calidad). El domicilio, por el contrario, no le permite acomodarse fácilmente exigiéndole una mayor creatividad. Por lo mismo, favorece un servicio más adecuado y personal a cada enfermo.

Lo anterior repercute en la relación que se establece entre el profesional de enfermería y el paciente. Pero dicha relación se ve afectada sobre todo por la distinta situación y actitud del propio enfermo: En el hospital se encuentra a merced de los demás, se comporta pasivamente por lo general y fácilmente es tratado casi como un objeto; en el domicilio, por encontrarse dentro de su propio *territorio*, se siente más seguro y protagonista, lo que compensa parcialmente su situación habitual de inferioridad respecto al profesional que le atiende.

Como consecuencia de ello, el paciente en su domicilio necesita un trato más humano y personal (que en esas condiciones la enfermera normalmente proporciona) y reclama un mayor protagonismo, que la enfermera debe tener en cuenta para acostumbrarse a contar con la voluntad del paciente y darle las explicaciones oportunas.

EDUCACIÓN SANITARIA DEL ENFERMO Y LA FAMILIA

Aunque la función principal de Enfermería en H.D. es la asistencia, la educación sanitaria debe ocupar también un lugar importante en ella: en primer lugar, porque es un requi-

sito para que la indispensable colaboración de la familia durante la H.D. sea adecuada; en segundo lugar porque, siendo la educación sanitaria una función y una misión de la Enfermería, la visita al domicilio es una ocasión inmejorable para comprobar el nivel de conocimientos del enfermo y la familia en relación con la salud y para tratar de mejorar dicho nivel.

Una educación sanitaria mínima o básica debe llevarse a cabo ya antes de realizarse la admisión del paciente en H.D. o inmediatamente después de ella, porque hay que garantizar que el paciente, con el apoyo de la familia, va a ser capaz de proporcionarse desde el principio los cuidados que requiere su estado. Esta primera educación sanitaria se lleva a cabo durante la visita que se hace al enfermo en el hospital, previa a su admisión en H.D., y se completa en la primera visita a su domicilio.

Posteriormente habrá de continuarse según la evolución del paciente y la capacidad del mismo y de su familia para proporcionar cuidados y adquirir hábitos nuevos de vida, procurando siempre que consigan la máxima independencia respecto al hospital.

El contenido de la educación sanitaria es muy variado según las necesidades y las situaciones, pero normalmente incluye aspectos relacionados con el uso de medicamentos, las posturas y el ejercicio físico, las dietas, etc. Es interesante señalar que la educación sanitaria en H.D. no debe ir dirigida sólo a la salud de quien se encuentra enfermo: debe preocuparse de que la situación no perjudique la salud del resto de la familia.

LAS REACCIONES DEL GRUPO FAMILIAR ANTE EL ENFERMO

La enfermedad importante de un miembro de la familia repercute lógicamente en todo el grupo familiar y puede ocasionar algunos trastornos de orden psicosocial. El profesional de enfermería en H.D., como persona cercana y calificada, puede influir para que esos fenómenos no lleguen a deteriorar la salud mental y la convivencia dentro de la familia. Para ello conviene que conozca y observe las reacciones que suelen acompañar el enfermar y el cuidado de los enfermos en el ámbito del hogar.

La reacción más general de la familia es la concentración de interés en el enfermo. Este les impone una serie de nuevas cargas, que a veces son ligeras (tomar temperatura, aplicar algún tratamiento), pero otras suponen una modificación de hábitos de vida (régimen alimenticios, permanencia al lado del enfermo, etc.).

Algunas personas tienden a exagerar el cuidado de los enfermos y aplican con excesiva rigurosidad las normas terapéuticas (ej.: régimen alimenticio), lo que provoca una atmósfera opresiva, tanto para el enfermo como para su entorno. Otras veces los familiares actúan al revés, dependiendo del carácter de las personas y de las relaciones familiares previas.

Como consecuencia de la concentración del interés en el enfermo, puede llegar a producirse un desinterés hacia las ocupaciones habituales (quizá normal dentro de ciertos límites) y hacia los restantes miembros de la familia, lo que puede ocasionar problemas. Debe cuidarse que ese *desequilibrio* en favor del miembro de la familia enfermo no pase de cierto punto; porque cada persona tiene sus necesidades, y, si la situación se prolonga en el tiempo, puede llegar a ser insostenible produciéndose entonces una inversión de las actitudes: se empie-

za a culpar al propio enfermo, al médico y al personal que lo atiende, acusándolos de falta de colaboración, y se desea que la situación acabe cuanto antes. Con frecuencia, es en tales condiciones cuando se plantea el tema de la eutanasia²⁰.

El profesional de enfermería debe estar atento a estos fenómenos y dar a la familia las explicaciones pertinentes; lo cual no es sino una modalidad de educación sanitaria.

Ha de tener en cuenta también que existen familias neuróticas caracterizadas ante todo por ser sumamente encerradas en sí y hostiles respecto al exterior. Lo cual hace que cualquier persona ajena a la familia (tal como el médico o la enfermera) susciten desconfianza y no sean bien recibidos; les resultará difícil, además, obtener datos acerca de la familia.

CUALIDADES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN H.D.

De lo dicho en este capítulo se deduce que para ser un buen profesional de enfermería en H.D. se requieren ciertas cualidades que podemos resumir así:

1. *Preparación técnica adecuada y polivalente.* Para responder correctamente a las demandas de enfermos con patologías muy diversas y en un medio (el hogar) que no brinda muchos apoyos.

2. *Creatividad.* Entendida como capacidad de improvisación y, sobre todo, de respuesta a situaciones cambiantes y nuevas que plantean a su vez nuevas exigencias.

3. *Habilidad y delicadeza en el trato.* Pues este aspecto de la relación profesional destaca mucho en el domicilio, donde además el paciente toma una actitud que reclama un trato humano considerado y menos paternalista que en el hospital.

4. *Preparación psicológica específica.* Debe conocer las reacciones del paciente y del grupo familiar ante la enfermedad, para comprender su comportamiento y ayudarles en los problemas de este tipo que se les puedan presentar.

Capítulo VI

ADMINISTRACIÓN DE ENFERMERÍA EN H.D.

*Distribución de funciones
dinámica y organización
de la actividad
en la Unidad de H.D.*

DISTRIBUCIÓN DE FUNCIONES EN H.D.

Veamos cuáles son, de un modo general, las funciones propias de cada uno de los miembros del equipo asistencial en Hospitalización a Domicilio.

1. *Trabajador Social*

- Valoración de las condiciones socio-familiares y físicas del domicilio, previa a la admisión del paciente.
- Elaborar el *Informe Social*, en el que se recogen todos los datos de interés; desde el punto de vista social.
- Colaboración en los primeros contactos con el paciente y su familia (en el hospital, antes de la admisión en H.D.) de cara a informarles y conocer su actitud.

sito para que la indispensable colaboración de la familia durante la H.D. sea adecuada; en segundo lugar porque, siendo la educación sanitaria una función y una misión de la Enfermería, la visita al domicilio es una ocasión inmejorable para comprobar el nivel de conocimientos del enfermo y la familia en relación con la salud y para tratar de mejorar dicho nivel.

Una educación sanitaria mínima o básica debe llevarse a cabo ya antes de realizarse la admisión del paciente en H.D. o inmediatamente después de ella, porque hay que garantizar que el paciente, con el apoyo de la familia, va a ser capaz de proporcionarse desde el principio los cuidados que requiere su estado. Esta primera educación sanitaria se lleva a cabo durante la visita que se hace al enfermo en el hospital, previa a su admisión en H.D., y se completa en la primera visita a su domicilio.

Posteriormente habrá de continuarse según la evolución del paciente y la capacidad del mismo y de su familia para proporcionar cuidados y adquirir hábitos nuevos de vida, procurando siempre que consigan la máxima independencia respecto al hospital.

El contenido de la educación sanitaria es muy variado según las necesidades y las situaciones, pero normalmente incluye aspectos relacionados con el uso de medicamentos, las posturas y el ejercicio físico, las dietas, etc. Es interesante señalar que la educación sanitaria en H.D. no debe ir dirigida sólo a la salud de quien se encuentra enfermo: debe preocuparse de que la situación no perjudique la salud del resto de la familia.

LAS REACCIONES DEL GRUPO FAMILIAR ANTE EL ENFERMO

La enfermedad importante de un miembro de la familia repercute lógicamente en todo el grupo familiar y puede ocasionar algunos trastornos de orden psicosocial. El profesional de enfermería en H.D., como persona cercana y calificada, puede influir para que esos fenómenos no lleguen a deteriorar la salud mental y la convivencia dentro de la familia. Para ello conviene que conozca y observe las reacciones que suelen acompañar el enfermar y el cuidado de los enfermos en el ámbito del hogar.

La reacción más general de la familia es la concentración de interés en el enfermo. Este les impone una serie de nuevas cargas, que a veces son ligeras (tomar temperatura, aplicar algún tratamiento), pero otras suponen una modificación de hábitos de vida (régimen alimenticios, permanencia al lado del enfermo, etc.).

Algunas personas tienden a exagerar el cuidado de los enfermos y aplican con excesiva rigurosidad las normas terapéuticas (ej.: régimen alimenticio), lo que provoca una atmósfera opresiva, tanto para el enfermo como para su entorno. Otras veces los familiares actúan al revés, dependiendo del carácter de las personas y de las relaciones familiares previas.

Como consecuencia de la concentración del interés en el enfermo, puede llegar a producirse un desinterés hacia las ocupaciones habituales (quizá normal dentro de ciertos límites) y hacia los restantes miembros de la familia, lo que puede ocasionar problemas. Debe cuidarse que ese *desequilibrio* en favor del miembro de la familia enfermo no pase de cierto punto; porque cada persona tiene sus necesidades, y, si la situación se prolonga en el tiempo, puede llegar a ser insostenible produciéndose entonces una inversión de las actitudes: se empie-

za a culpar al propio enfermo, al médico y al personal que lo atiende, acusándolos de falta de colaboración, y se desea que la situación acabe cuanto antes. Con frecuencia, es en tales condiciones cuando se plantea el tema de la eutanasia²⁰.

El profesional de enfermería debe estar atento a estos fenómenos y dar a la familia las explicaciones pertinentes; lo cual no es sino una modalidad de educación sanitaria.

Ha de tener en cuenta también que existen familias neuróticas caracterizadas ante todo por ser sumamente encerradas en sí y hostiles respecto al exterior. Lo cual hace que cualquier persona ajena a la familia (tal como el médico o la enfermera) susciten desconfianza y no sean bien recibidos; les resultará difícil, además, obtener datos acerca de la familia.

CUALIDADES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN H.D.

De lo dicho en este capítulo se deduce que para ser un buen profesional de enfermería en H.D. se requieren ciertas cualidades que podemos resumir así:

1. *Preparación técnica adecuada y polivalente.* Para responder correctamente a las demandas de enfermos con patologías muy diversas y en un medio (el hogar) que no brinda muchos apoyos.

2. *Creatividad.* Entendida como capacidad de improvisación y, sobre todo, de respuesta a situaciones cambiantes y nuevas que plantean a su vez nuevas exigencias.

3. *Habilidad y delicadeza en el trato.* Pues este aspecto de la relación profesional destaca mucho en el domicilio, donde además el paciente toma una actitud que reclama un trato humano considerado y menos paternalista que en el hospital.

4. *Preparación psicológica específica.* Debe conocer las reacciones del paciente y del grupo familiar ante la enfermedad, para comprender su comportamiento y ayudarles en los problemas de este tipo que se les puedan presentar.

Capítulo VI

ADMINISTRACIÓN DE ENFERMERÍA EN H.D.

*Distribución de funciones
dinámica y organización
de la actividad
en la Unidad de H.D.*

DISTRIBUCIÓN DE FUNCIONES EN H.D.

Veamos cuáles son, de un modo general, las funciones propias de cada uno de los miembros del equipo asistencial en Hospitalización a Domicilio.

1. *Trabajador Social*

- Valoración de las condiciones socio-familiares y físicas del domicilio, previa a la admisión del paciente.
- Elaborar el *Informe Social*, en el que se recogen todos los datos de interés; desde el punto de vista social.
- Colaboración en los primeros contactos con el paciente y su familia (en el hospital, antes de la admisión en H.D.) de cara a informarles y conocer su actitud.

- Conseguir todas las ayudas sociales que sean necesarias: ayuda a domicilio, residencias, etc.

2. Personal Médico

- Valoración del estado clínico del enfermo para decidir su posible admisión.
- Seguimiento del estado clínico del paciente.
- Tratamiento del mismo.
- Ordenar las exploraciones complementarias precisas.
- Decidir el alta y elaborar el informe correspondiente.

3. Personal de Enfermería

- Junto con el médico, participar en la valoración inicial del paciente, previa al ingreso.
- Prestación de cuidados de enfermería a domicilio: Control de constantes - Aplicación de tratamientos - Tomas de muestra para análisis - Atención a las diversas necesidades: alimentación, cuidados de la piel, etc.
- Valorar el estado del paciente e informar al médico sobre la evolución del mismo.
- Educación sanitaria del médico y sus familiares.
- Provisión de materiales y medicamentos al paciente desde el hospital.
- Dejar constancia en la historia por escrito de la evolución observada, así como de las actividades y los análisis realizados.

4. Auxiliar de Enfermería

- Ayudar a la enfermera titulada en la asistencia directa al enfermo cuando sea preciso.
- Limpieza, recogida y reposición de material.
- Realizar los encargos de farmacia y la reposición de medicamentos.
- Acompañar a pacientes a Consultas en el hospital.
- Recoger y llevar partes de Quirófano y Ambulancias.
- Igualmente, muestras para análisis y resultados de exploraciones complementarias.

5. Supervisora de Enfermería

Las funciones ligadas a la dirección son realizadas por el Médico Jefe del Servicio y la Enfermera Supervisora. A ésta le corresponden las siguientes:

De tipo administrativo

- Coordinación del personal de enfermería.
- Programación y control de las actividades diarias del Servicio en las que interviene la Enfermería.
- Control del consumo de materiales y medicamentos y previsión de necesidades en este campo.
- Coordinación con los Servicios de Soporte.

Técnico-asistenciales

- Realizar, junto con el médico, la valoración inicial del paciente, para decidir su admisión.
- Colaborar en la asistencia directa al paciente en su domicilio.
- Identificar problemas de enfermería.
- Orientar y supervisar el trabajo de enfermería.

De docencia e investigación

- Es la responsable de la docencia a alumnos de Enfermería, si los hubiera.
- Debe promover la formación continuada de los miembros del equipo de Enfermería.
- Igualmente, la investigación dentro del campo de esta profesión.

DINÁMICA DE UN SERVICIO DE H.D. EL PROCESO DE ADMISIÓN

El proceso comienza cuando en el Servicio de H.D. se recibe la solicitud de que un paciente sea admitido en el mismo. Viene firmada normalmente por el Médico Responsable de cualquier Servicio hospitalario, puesto que para el ingreso se considera un requisito el que el enfermo haya sido previamente diagnosticado y tratado en el hospital (con lo cual se trata de mantener la H.D. vinculada al hospital y de evitar que se desvíe hacia otras formas de asistencia más ligeras). Dicha solicitud debe venir acompañada, además, por un informe clínico del médico que está tratando al paciente.

A partir de ahí se pone en marcha la actividad de H.D. El primer paso consiste en una visita al paciente con el fin de observar el estado clínico y las necesidades asistenciales del paciente y decidir si es apto para ser atendido en H.D. Se trata de comprobar que puede ser atendido en esta modalidad y que su admisión en ella es justificada por presentar unas exigencias de asistencia no satisfechas por otras instancias. Conviene que en esta valoración y decisión tomen parte tanto los profesionales de Medicina como de Enfermería, bien a través de los Responsables o bien por medio de algún otro miembro del equipo.

Si la admisión se considera oportuna, se pasa a informar al paciente y su familia sobre lo que es la H.D. y su modo de funcionar: los servicios que se les prestan, el compromiso que adquieren, etc. Es importante que esta información sea clara, completa y sincera, y debe evitarse producirles la sensación de que se les quiere forzar a abandonar el hospital o de que se pretende desentenderse de ellos. Después de aclarar todas sus dudas, se les pregunta si aceptan el paso a H.D.

Si la aceptación se produce, el Trabajador Social estudia las condiciones físicas del domicilio y las socio-familiares y las recoge y presenta en el *Informe Social*. En el caso de que éste sea favorable, se lleva a cabo la admisión del enfermo, suponiendo que el Servicio no está en esos momentos saturado y que el domicilio quede dentro del área de cobertura del mismo. En el diagrama se representa gráficamente el proceso descrito.

ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA. LOS PRIMEROS PASOS

Una vez decidida la admisión del enfermo, se procede del modo siguiente:

1. Se le dan al enfermo y la familia las instrucciones pertinentes sobre los aspectos que deben cuidar al producirse el traslado al domicilio. El médico y, sobre todo, el personal de Enfermería, son los responsables de estas enseñanzas.

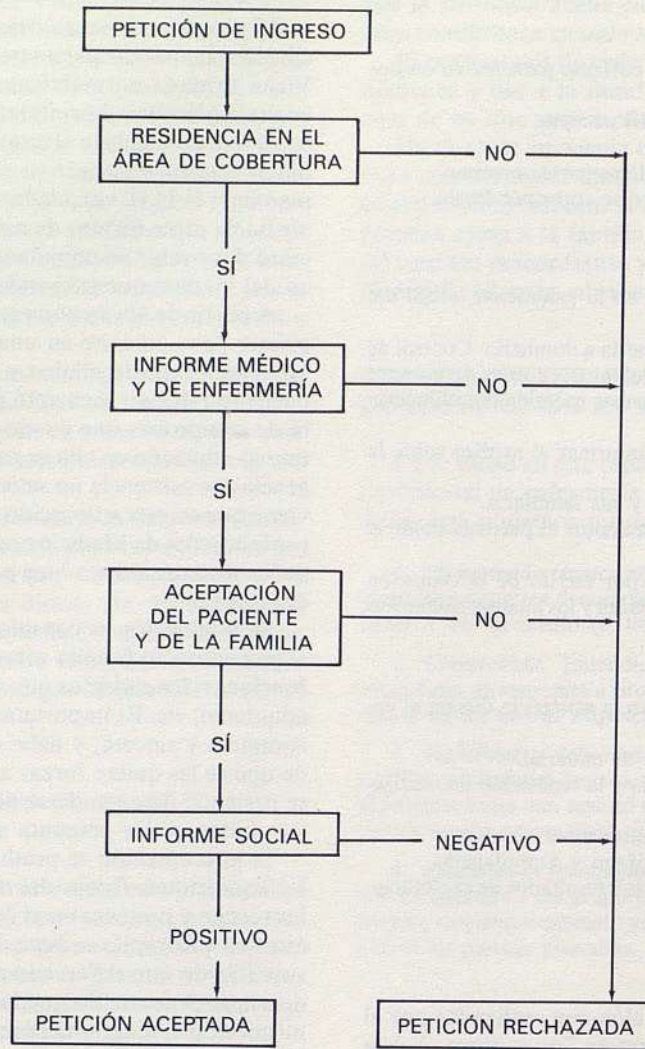
2. Se gestiona el traslado del enfermo a su casa, bien en ambulancia o bien en coche particular de la familia, si ésta así lo desea y el estado clínico lo permite.

3. Se transporta y archiva en H.D. la Historia Clínica del paciente, donde se guardará mientras éste sea atendido por el Servicio.

4. Se prepara la nueva documentación del enfermo, propia de H.D. Parte de ella compone un dossier que permanecerá en el domicilio mientras el enfermo está ingresado, y consta de:

- Hoja informativa para el paciente y su familia.
- Gráficas de temperatura, tensión, etc.
- Hoja de registro de administración de medicamentos.

PROCESO DE ADMISIÓN EN H.D.



- Hoja de observaciones de enfermería.
- Hoja de evolución clínica.
- Hoja de registro de análisis clínicos.
- Informe del médico del Servicio de procedencia.

En el propio Servicio de H.D. queda otra parte compuesta por:

- Historia Clínica anterior del paciente.
- Informe de alta del Servicio de procedencia.
- Hoja de observaciones de enfermería.
- Hoja de registros de análisis clínicos.

Naturalmente, puede hacerse otra distribución de los distintos elementos, pero con esta se evita el traslado de los materiales de la Historia (lo que además de resultar engorroso se presta al deterioro y extravío), aunque para ello tenga que hacerse un duplicado (lo que no resulta difícil) de las observaciones de enfermería y los resultados de los análisis.

5. Se preparan el material y los medicamentos que el enfermo va a necesitar habitualmente y que serán transportados en el momento del traslado o en la primera visita, una vez instalado en su domicilio.

6. Se rellena la correspondiente ficha, en la que figuran los datos generales del paciente, indicando la frecuencia con que debe ser visitado. Se decide el turno en el que se le va a atender y se le incluye en las *Hojas de Ruta* (ver Anexo).

**ATENCIÓN DIRECTA AL PACIENTE:
LAS «HOJAS DE RUTA»
Y LAS VISITAS DE ENFERMERÍA**

Puede considerarse que la atención directa al paciente comienza propiamente con el primer desplazamiento para visitarlo en su domicilio. En esta *primera visita* es importante comprobar si el enfermo y sus familiares están bien informados sobre los cuidados que precisa y dedicar el tiempo que sea necesario a completar esa información aclarando las dudas o malentendidos que puedan existir. Suele aprovecharse también, como antes hemos indicado, para transportar a la casa los materiales sanitarios y medicamentos que el paciente vaya a necesitar.

Como ya hemos señalado, la asistencia en H.D. se estructura en base a las *visitas al domicilio programadas*; y puede decirse que prácticamente todas son visitas de enfermería, en el sentido de que casi siempre los demás profesionales, cuando han de visitar al paciente, lo hacen en compañía de un profesional de enfermería titulado (por motivos prácticos). Este (el ATS/DUE) vaca unas veces solo, otras en compañía del médico y otras acompañado por una auxiliar de clínica que

le ayuda en determinados cuidados de enfermería. Por ello puede decirse que *las visitas de Enfermería constituyen la columna vertebral en la organización de un Servicio de H.D.*

La programación de las visitas de enfermería se realiza mediante la llamada *hoja de ruta*, que sirve no sólo para distribuir el trabajo cada día según turnos y personas, sino también para establecer un orden en las visitas de forma que sea posible localizar sin excesiva dificultad a cualquier miembro del equipo en el momento que sea necesario. Para su elaboración se tienen en cuenta los siguientes criterios:

- Inclusión de todos los pacientes que deben ser visitados durante la jornada.
- Distribución del trabajo por turnos.
- Hora más conveniente para visitar a cada enfermo en función de sus necesidades (por ejemplo, extracciones de sangre, medicación a horas determinadas, etc.).
- Disminuir en lo posible el tiempo empleado en los transportes (criterio geográfico).
- El tipo de trabajo en relación con la(s) persona(s) que lo va(n) a realizar. Por ejemplo, si se forman varios equipos y sólo uno de ellos incluye una auxiliar de enfermería, conviene que sea éste el que se encargue de los pacientes en cuya asistencia la ayuda de dicha auxiliar se necesita.

Una combinación de todos ellos es lo que determina la confección de la mencionada hoja de ruta, lo que es responsabilidad de la Supervisora de Enfermería.

ORGANIZACIÓN DE LA JORNADA. EL PROBLEMA DE LA COBERTURA DURANTE LAS 24 HORAS

La distribución del personal de enfermería en dos turnos (mañana y tarde) parece conveniente porque se logra cubrir el servicio durante más tiempo. No es necesario, sin embargo, ni útil que haya personal durante la noche. Ahora bien, puesto que a los enfermos en H.D. se les debe garantizar *asistencia durante las 24 horas* del día, se plantea el problema de cómo cubrir las horas nocturnas. Podría establecerse un sistema de guardias localizadas, pero —salvo que el Servicio tuviera una gran capacidad— no parece rentable ni justificado, siendo preferible que durante esas horas sea cubierto por el Servicio de Urgencias del hospital. Así es como se viene haciendo en España.

El sistema de guardias localizadas puede ser útil para días festivos y de fin de semana, cuando el personal de servicio físicamente presente queda reducido al mínimo.

Es importante estar preparados para responder con agilidad a las posibles *llamadas de urgencia* cuando el Servicio está funcionando normalmente. Lo ideal es que siempre alguien permanezca en el mismo (un auxiliar administrativo) para poder recibir la llamada y pasar el aviso a la enfermera o el médico localizándolos mediante la hoja de ruta. Si el Servicio permanece vacío (por ejemplo, por la tarde) porque todo el personal se traslada a los domicilios, esa función podría ser realizada en la centralita del hospital, a donde entonces deberían realizarse las llamadas y pasarse cada día la hoja de ruta.

Si el funcionamiento del Servicio tiene lugar en dos turnos (mañana y tarde), como es deseable, conviene que ambos coincidan una hora (por ej., de 14 a 15 h) con el fin de realizar intercambios y actividades conjuntas.

A la hora de distribuir el personal por turnos hay que tener en cuenta que —por influencia del resto del hospital— tiende a realizarse por la mañana el trabajo de controles de analítica, revisiones en Consultas Externas, ingresos y altas, etc.

Como se ha indicado en otro lugar, la enfermera, además de la atención domiciliaria a los enfermos (*la ruta*), ha de realizar diversas tareas dentro del hospital: anotaciones en la H.D., registros de actividad, preparación de materiales, programación de la actividad del día siguiente, comunicación de incidencias al resto del personal, alguna visita a candidatos al ingreso en H.D., etc. Se estima que estas actividades, junto con el descanso-café, absorben diariamente unas dos horas y media, quedando aproximadamente cuatro horas y media para las visitas domiciliarias.

En el esquema inferior se presenta un modelo de planificación semanal para la atención de un grupo de unos 30 pacientes.

CONCLUSIONES

Del estudio de la biografía y del análisis de las experiencias españolas consideradas, se puede concluir que:

- I. La Hospitalización a Domicilio es *una alternativa asistencial válida* (es decir, técnicamente viable, segura y eficaz)

Planificación semanal en H.D. (\$)

	Lunes a viernes	Sábados	Festivos
MAÑANAS (8-14 h.)	<ul style="list-style-type: none"> • D.U.E. • MÉDICO - D.U.E. • D.U.E. - AUXILIAR ENFERMERÍA 	<ul style="list-style-type: none"> • MÉDICO - D.U.E. • D.U.E. - AUXILIAR ENFERMERÍA 	<ul style="list-style-type: none"> • D.U.E. • MÉDICO (localizado) • D.U.E. (localizado)
14-15 h.	REUNIÓN DE TODO EL EQUIPO		
TARDES (15-21 h.)	<ul style="list-style-type: none"> • MÉDICO - D.U.E. • D.U.E. 	<ul style="list-style-type: none"> • D.U.E. • MÉDICO (localizado) 	<ul style="list-style-type: none"> • MÉDICO (localizado) • D.U.E. (localizado)
21-8 h.	SERVICIO DE GUARDIA DEL HOSPITAL		

(\$) Modelo del Hospital de Cruces, modificado.

le ayuda en determinados cuidados de enfermería. Por ello puede decirse que *las visitas de Enfermería constituyen la columna vertebral en la organización de un Servicio de H.D.*

La programación de las visitas de enfermería se realiza mediante la llamada *hoja de ruta*, que sirve no sólo para distribuir el trabajo cada día según turnos y personas, sino también para establecer un orden en las visitas de forma que sea posible localizar sin excesiva dificultad a cualquier miembro del equipo en el momento que sea necesario. Para su elaboración se tienen en cuenta los siguientes criterios:

- Inclusión de todos los pacientes que deben ser visitados durante la jornada.
- Distribución del trabajo por turnos.
- Hora más conveniente para visitar a cada enfermo en función de sus necesidades (por ejemplo, extracciones de sangre, medicación a horas determinadas, etc.).
- Disminuir en lo posible el tiempo empleado en los transportes (criterio geográfico).
- El tipo de trabajo en relación con la(s) persona(s) que lo va(n) a realizar. Por ejemplo, si se forman varios equipos y sólo uno de ellos incluye una auxiliar de enfermería, conviene que sea éste el que se encargue de los pacientes en cuya asistencia la ayuda de dicha auxiliar se necesita.

Una combinación de todos ellos es lo que determina la confección de la mencionada hoja de ruta, lo que es responsabilidad de la Supervisora de Enfermería.

ORGANIZACIÓN DE LA JORNADA. EL PROBLEMA DE LA COBERTURA DURANTE LAS 24 HORAS

La distribución del personal de enfermería en dos turnos (mañana y tarde) parece conveniente porque se logra cubrir el servicio durante más tiempo. No es necesario, sin embargo, ni útil que haya personal durante la noche. Ahora bien, puesto que a los enfermos en H.D. se les debe garantizar *asistencia durante las 24 horas* del día, se plantea el problema de cómo cubrir las horas nocturnas. Podría establecerse un sistema de guardias localizadas, pero —salvo que el Servicio tuviera una gran capacidad— no parece rentable ni justificado, siendo preferible que durante esas horas sea cubierto por el Servicio de Urgencias del hospital. Así es como se viene haciendo en España.

El sistema de guardias localizadas puede ser útil para días festivos y de fin de semana, cuando el personal de servicio físicamente presente queda reducido al mínimo.

Es importante estar preparados para responder con agilidad a las posibles *llamadas de urgencia* cuando el Servicio está funcionando normalmente. Lo ideal es que siempre alguien permanezca en el mismo (un auxiliar administrativo) para poder recibir la llamada y pasar el aviso a la enfermera o el médico localizándolos mediante la hoja de ruta. Si el Servicio permanece vacío (por ejemplo, por la tarde) porque todo el personal se traslada a los domicilios, esa función podría ser realizada en la centralita del hospital, a donde entonces deberían realizarse las llamadas y pasarse cada día la hoja de ruta.

Si el funcionamiento del Servicio tiene lugar en dos turnos (mañana y tarde), como es deseable, conviene que ambos coincidan una hora (por ej., de 14 a 15 h) con el fin de realizar intercambios y actividades conjuntas.

A la hora de distribuir el personal por turnos hay que tener en cuenta que —por influencia del resto del hospital— tiende a realizarse por la mañana el trabajo de controles de analítica, revisiones en Consultas Externas, ingresos y altas, etc.

Como se ha indicado en otro lugar, la enfermera, además de la atención domiciliaria a los enfermos (*la ruta*), ha de realizar diversas tareas dentro del hospital: anotaciones en la H.D., registros de actividad, preparación de materiales, programación de la actividad del día siguiente, comunicación de incidencias al resto del personal, alguna visita a candidatos al ingreso en H.D., etc. Se estima que estas actividades, junto con el descanso-café, absorben diariamente unas dos horas y media, quedando aproximadamente cuatro horas y media para las visitas domiciliarias.

En el esquema inferior se presenta un modelo de planificación semanal para la atención de un grupo de unos 30 pacientes.

CONCLUSIONES

Del estudio de la biografía y del análisis de las experiencias españolas consideradas, se puede concluir que:

I. La Hospitalización a Domicilio es *una alternativa asistencial válida* (es decir, técnicamente viable, segura y eficaz)

Planificación semanal en H.D. (\$)

	Lunes a viernes	Sábados	Festivos
MAÑANAS (8-14 h.)	• D.U.E. • MÉDICO - D.U.E. • D.U.E. - AUXILIAR ENFERMERÍA	• MÉDICO - D.U.E. • D.U.E. - AUXILIAR ENFERMERÍA	• D.U.E. • MÉDICO (localizado) • D.U.E. (localizado)
14-15 h.	REUNIÓN DE TODO EL EQUIPO		
TARDES (15-21 h.)	• MÉDICO - D.U.E. • D.U.E.	• D.U.E. • MÉDICO (localizado)	• MÉDICO (localizado) • D.U.E. (localizado)
21-8 h.	SERVICIO DE GUARDIA DEL HOSPITAL		

(\$) Modelo del Hospital de Cruces, modificado.

para buena parte de los enfermos que habitualmente permanecen en el hospital. Se presenta como particularmente útil o aconsejable en los casos de:

- Pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas de menor importancia (apendicitis, herniorrafias...).
- Pacientes quirúrgicos cuyo postoperatorio se alarga por complicaciones en el cierre de la herida.
- Pacientes con patología médica de evolución lenta.
- Pacientes en fase terminal.

II. La H.D. presenta numerosas *ventajas*, entre las cuales cabe destacar:

- *Las de tipo económico-social*: Los pacientes son atendidos a un costo menor que en el hospital y liberan camas en el mismo con lo que se consigue una mayor rentabilidad social de éste.
- *Las de tipo humano*: En general representa para los pacientes un beneficio, difícil de cuantificar, en forma de dignidad y calidad de vida.

Tiene también sus propias *limitaciones*, naturalmente, debidas unas veces a la misma enfermedad, otras a las condiciones socio-familiares, etc. Pero su lento desarrollo no se debe a estos obstáculos ni al rechazo de pacientes o familiares (que se presenta en muy raros casos) sino a la burocracia administrativa y a la lentitud, falta de apoyo y poca decisión y eficacia de las instancias que tienen alguna responsabilidad en la organización de la sanidad.

III. *La enfermería en H.D.* presenta al profesional algunas *exigencias particulares* derivadas del ámbito en el que se ejerce, que se refieren principalmente a la relación con el enfermo, la protección de la salud psíquica de la familia y la educación sanitaria en general. Se requiere también una preparación amplia y una cierta creatividad.

IV. *La importancia de la enfermería* en un Servicio de H.D. se percibe fácilmente al contemplar su lugar dentro de la actividad general del mismo. Los pacientes suelen necesitar ante todo atención de enfermería, y las visitas de esta profesión superan con mucho en número a las del resto de los profesionales. Hasta tal punto esto es así, que la actividad del Servicio (al menos la extrahospitalaria, que es la más importante) se organiza en torno a las visitas de enfermería. Como consecuencia de ello, es de gran relevancia la Administración de Enfermería de dentro de la Unidad.

V. La H.D. trata de prestar unas atenciones de rango hospitalario, por su calidad y seguridad, pero no en todos los países depende directamente de *los hospitales*. En España han sido éstos los que la han puesto en marcha, quizá por ser los más interesados y los únicos preparados para hacerlo. Probablemente no podrá ser de otra manera mientras la Atención Primaria no mejore su nivel. Entre tanto, los Centros de Salud podrían instaurar los llamados *Cuidados de Enfermería a Domicilio*, una forma más ligera y sencilla de asistencia en el hogar. Ambos sistemas o niveles podrían complementarse mutuamente y, con el tiempo, integrarse en el ámbito del Área de Salud, constituyendo una instancia responsable de los cuidados a domicilio de todos los niveles. Todo esto parece bastante lejano; esperemos que el proceso de transferencias a las comunidades autónomas, el desarrollo de la Ley General de

Sanidad y el empuje de los lemas que se refieren al año 2000, nos lleven hacia ello. Los enfermos y la salud de la población en general tienen mucho que ganar, y los profesionales de enfermería mucho que aportar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. O.E.C.D.: *Measuring Health Care 1960-1983. Expenditure, Costs and Performance*. París 1985, pp. 12-15; 115.
2. LESAGE, I.: *L'évolution de l'hospitalization: les nouvelles structures et leurs incidences financières*. L'HOPITAL A PARIS, n.º 96, pp. 11-16.
3. *L'hospitalization de jour, l'hospitalization à domicile alternatives à l'hospitalization classique*. JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANCAISE, año 1982, n.º 3.
4. SARABIA ALVAREZUDE, J.: *La Hospitalización a Domicilio. Una nueva opción asistencial*. POLICLÍNICA, 13, 1982, pp. 20-27.
5. GUTIÉRREZ FERNÁNDEZ, R.: *Hospitalización a Domicilio*. Publ. de la Esc. de Gerencia Hospitalaria. EXPOMÉDICA, Madrid 1986.
6. DAMBORENEA, M. D. y URCOLA, B.: *Hospitalización a Domicilio*. Esc. de Gerencia Hospitalaria. EXPOMÉDICA, Madrid 1986.
7. *Memoria 1986*. Unidad de Hospitalización a Domicilio. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.
8. SARABIA ALVAREZUDE, J. y cols.: *La Hospitalización domiciliaria. Una alternativa al hospital*. HOSPITAL GENERAL, enero 1985, pp. 1-33.
9. SARABIA ALVAREZUDE, J.: *La hospitalización a domicilio como alternativa asistencial*. V CONGRESO NACIONAL DE HOSPITALES, TORREMOLINOS (Málaga), 3-5 de diciembre de 1984.
10. MELIN-VERDIERE, Nathalie: *Intérêt de l'hospitalization à domicile en Gériatrie. A propos de l'expérience de Lens*. Lille 1978.
11. GUTIÉRREZ FERNÁNDEZ y SANZ HERRANZ, C.: *El paciente terminal y la hospitalización a domicilio*. TIEMPOS MÉDICOS n.º 300. Octubre 1985.
12. SAIZARBITORIA ZABALETA, R.: *Asistencia domiciliaria*. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria - Gasteiz 1984.
13. BERBESSOW, J. y DAUBOS, J. M.: *Soins infirmiers à domicile à partir d'un établissement hospitalier*. GESTION HOSPITALIERS, n.º 238, agosto/septiembre 1984, pp. 535-538.
14. *Les soins aux personnes âgées*. Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale. París 1980.
15. SERVICIO DE H.D., Hospital Gregorio Marañón. Madrid. Datos no publicados.
16. SERVICIO DE H.D., Hospital General de Cruces. Vizcaya. Datos no publicados.
17. SARABIA ALVAREZUDE, J.: *Análisis económico de la hospitalización a domicilio. Comparación con los costos hospitalarios*, en I.R.E. de la Comunidad Autónoma de Madrid, *Planificación y Economía de la Salud en las Autonomías*, Madrid 1986, pp. 413-426.
18. STEWARD, J.: *Hospitales sin muros. El hospital extramural de New Brunswick*, REVISTA INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA, noviembre-diciembre 1985, pp. 26-29.
19. OREM, Dorothea, E.: *Normas prácticas en Enfermería*. Ed. Pirámide, Madrid 1983, pp. 220-221.
20. ISRAEL, L.: *El médico frente al enfermo*. Ed. Los Libros de la Frontera, Barcelona 1976, pp. 135-155.

ANEXOS

*Solicitud de ingreso en H.D.
Hoja informativa del dossier
que permanece en el domicilio.
Historia de Enfermería
Historia Social
Hoja de ruta
Modelos para registro de la actividad*

para buena parte de los enfermos que habitualmente permanecen en el hospital. Se presenta como particularmente útil o aconsejable en los casos de:

- Pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas de menor importancia (apendicitis, herniorrafias...).
- Pacientes quirúrgicos cuyo postoperatorio se alarga por complicaciones en el cierre de la herida.
- Pacientes con patología médica de evolución lenta.
- Pacientes en fase terminal.

II. La H.D. presenta numerosas *ventajas*, entre las cuales cabe destacar:

- *Las de tipo económico-social*: Los pacientes son atendidos a un costo menor que en el hospital y liberan camas en el mismo con lo que se consigue una mayor rentabilidad social de éste.
- *Las de tipo humano*: En general representa para los pacientes un beneficio, difícil de cuantificar, en forma de dignidad y calidad de vida.

Tiene también sus propias *limitaciones*, naturalmente, debidas unas veces a la misma enfermedad, otras a las condiciones socio-familiares, etc. Pero su lento desarrollo no se debe a estos obstáculos ni al rechazo de pacientes o familiares (que se presenta en muy raros casos) sino a la burocracia administrativa y a la lentitud, falta de apoyo y poca decisión y eficacia de las instancias que tienen alguna responsabilidad en la organización de la sanidad.

III. *La enfermería en H.D.* presenta al profesional algunas *exigencias particulares* derivadas del ámbito en el que se ejerce, que se refieren principalmente a la relación con el enfermo, la protección de la salud psíquica de la familia y la educación sanitaria en general. Se requiere también una preparación amplia y una cierta creatividad.

IV. *La importancia de la enfermería* en un Servicio de H.D. se percibe fácilmente al contemplar su lugar dentro de la actividad general del mismo. Los pacientes suelen necesitar ante todo atención de enfermería, y las visitas de esta profesión superan con mucho en número a las del resto de los profesionales. Hasta tal punto esto es así, que la actividad del Servicio (al menos la extrahospitalaria, que es la más importante) se organiza en torno a las visitas de enfermería. Como consecuencia de ello, es de gran relevancia la Administración de Enfermería de dentro de la Unidad.

V. La H.D. trata de prestar unas atenciones de rango hospitalario, por su calidad y seguridad, pero no en todos los países depende directamente de *los hospitales*. En España han sido éstos los que la han puesto en marcha, quizá por ser los más interesados y los únicos preparados para hacerlo. Probablemente no podrá ser de otra manera mientras la Atención Primaria no mejore su nivel. Entre tanto, los Centros de Salud podrían instaurar los llamados *Cuidados de Enfermería a Domicilio*, una forma más ligera y sencilla de asistencia en el hogar. Ambos sistemas o niveles podrían complementarse mutuamente y, con el tiempo, integrarse en el ámbito del Área de Salud, constituyendo una instancia responsable de los cuidados a domicilio de todos los niveles. Todo esto parece bastante lejano; esperemos que el proceso de transferencias a las comunidades autónomas, el desarrollo de la Ley General de

Sanidad y el empuje de los lemas que se refieren al año 2000, nos lleven hacia ello. Los enfermos y la salud de la población en general tienen mucho que ganar, y los profesionales de enfermería mucho que aportar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. O.E.C.D.: *Measuring Health Care 1960-1983. Expenditure, Costs and Performance*. París 1985, pp. 12-15; 115.
2. LESAGE, I.: *L'évolution de l'hospitalization: les nouvelles structures et leurs incidences financières*. L'HOPITAL A PARIS, n.º 96, pp. 11-16.
3. *L'hospitalization de jour, l'hospitalization à domicile alternatives à l'hospitalization classique*. JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANCAISE, año 1982, n.º 3.
4. SARABIA ALVAREZUDE, J.: *La Hospitalización a Domicilio. Una nueva opción asistencial*. POLICLÍNICA, 13, 1982, pp. 20-27.
5. GUTIÉRREZ FERNÁNDEZ, R.: *Hospitalización a Domicilio*. Publ. de la Esc. de Gerencia Hospitalaria. EXPOMÉDICA, Madrid 1986.
6. DAMBORENEA, M. D. y URCOLA, B.: *Hospitalización a Domicilio*. Esc. de Gerencia Hospitalaria. EXPOMÉDICA, Madrid 1986.
7. *Memoria 1986*. Unidad de Hospitalización a Domicilio. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.
8. SARABIA ALVAREZUDE, J. y cols.: *La Hospitalización domiciliaria. Una alternativa al hospital*. HOSPITAL GENERAL, enero 1985, pp. 1-33.
9. SARABIA ALVAREZUDE, J.: *La hospitalización a domicilio como alternativa asistencial*. V CONGRESO NACIONAL DE HOSPITALES, TORREMOLINOS (Málaga), 3-5 de diciembre de 1984.
10. MELIN-VERDIERE, Nathalie: *Intérêt de l'hospitalization à domicile en Gériatrie. A propos de l'expérience de Lens*. Lille 1978.
11. GUTIÉRREZ FERNÁNDEZ y SANZ HERRANZ, C.: *El paciente terminal y la hospitalización a domicilio*. TIEMPOS MÉDICOS n.º 300. Octubre 1985.
12. SAIZARBITORIA ZABALETA, R.: *Asistencia domiciliaria*. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria - Gasteiz 1984.
13. BERBESSOW, J. y DAUBOS, J. M.: *Soins infirmiers à domicile à partir d'un établissement hospitalier*. GESTION HOSPITALIERS, n.º 238, agosto/septiembre 1984, pp. 535-538.
14. *Les soins aux personnes âgées*. Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale. París 1980.
15. SERVICIO DE H.D., Hospital Gregorio Marañón. Madrid. Datos no publicados.
16. SERVICIO DE H.D., Hospital General de Cruces. Vizcaya. Datos no publicados.
17. SARABIA ALVAREZUDE, J.: *Análisis económico de la hospitalización a domicilio. Comparación con los costos hospitalarios*, en I.R.E. de la Comunidad Autónoma de Madrid, *Planificación y Economía de la Salud en las Autonomías*, Madrid 1986, pp. 413-426.
18. STEWARD, J.: *Hospitales sin muros. El hospital extramural de New Brunswick*, REVISTA INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA, noviembre-diciembre 1985, pp. 26-29.
19. OREM, Dorothea, E.: *Normas prácticas en Enfermería*. Ed. Pirámide, Madrid 1983, pp. 220-221.
20. ISRAEL, L.: *El médico frente al enfermo*. Ed. Los Libros de la Frontera, Barcelona 1976, pp. 135-155.

ANEXOS

*Solicitud de ingreso en H.D.
Hoja informativa del dossier
que permanece en el domicilio.
Historia de Enfermería
Historia Social
Hoja de ruta
Modelos para registro de la actividad*

HOSPITAL «VIRGEN DEL ROCÍO»
SEVILLA

SOLICITUD DE INGRESO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

Paciente _____ Edad _____

Asegurado N.º _____ Servicio _____ Cama _____

Diagnóstico/s _____

Dirección completa _____

_____ Teléfono _____

Días que lleva hospitalizado _____

Motivo/s por los que se solicita su ingreso en la U.H.D. _____

Médico responsable _____

RESPUESTA DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

Se acepta

- Sí
 No

Motivo de la no aceptación

- Informe Social negativo
 Informe Enfermería negativo
 Informe médico negativo

Responsable de la U.H.D.

Sevilla, _____ de _____ 19 _____

(Este ejemplar debe rellenarse por duplicado y quedar uno en la Historia Clínica.)

HOSPITAL PROVINCIAL
DE MADRID
Servicio de Hospitalización
a Domicilio

HOJA INFORMATIVA DEL «DOSSIER» QUE PERMANECE EN EL DOMICILIO

Nombre _____

Domicilio _____

Distrito municipal _____ Teléfono _____

Médicos _____

Enfermera/o _____

Asistente social _____

RECOMENDACIONES IMPORTANTES

ESTA CARPETA DEBERÁ PERMANECER EN SU HOGAR, MIENTRAS DURE LA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO.

El *teléfono* de nuestro *Servicio*, para una necesidad o para cualquier duda, estará atendido de las 8 a las 15 horas.

409 46 21 - 409 46 22 - 586 83 12

Por las tardes y los días festivos: puede ponerse en contacto con el Servicio a través de la *centralita telefónica* del Hospital cuyo teléfono es:

586 80 00

dejando su nombre, su teléfono y el motivo de la llamada. Inmediatamente la enfermera/o recibirá el aviso y se pondrá en contacto con ustedes.

Si hubiera *urgencia nocturna*, y la familia considera que no puede esperar a las 8 horas de la mañana para avisarnos, se *trasladará al paciente al servicio de Urgencias del Hospital* yendo acompañado de esta documentación.

Los teléfonos de los servicios de *AMBULANCIAS* son:

234 55 00 las de la *Seguridad Social*, y

252 32 64 las *Municipales*.

* * *

POR FAVOR, CONSÚLTENOS CUALQUIER DUDA Gracias.

HOSPITAL PROVINCIAL
DE MADRID
Servicio de Hospitalización
a Domicilio

HISTORIA DE ENFERMERÍA

N.º H.ª H. a D. _____

Nombre y apellidos _____

Domicilio _____ Dto. Postal _____

Teléfono _____ Familiar _____
(nombre y apellidos) (parentesco)

Estado civil: solt. - cas. - viud. Edad ____ SS - BE - Otro _____

Profesión _____ Ingresó en H. a D. _____

Alta en H. a D. _____ Causa* _____ Estancias _____

Diagnóstico _____

Motivo H. a D. _____ Cama _____

Serv. hospitalario _____ Méd:Enf. rponsible _____

* Curación/estabilización - fallecimiento - reingreso - residencia.

(Rellenar a máquina calculando en historia social)

PRONÓSTICO FUNCIONAL		PRONÓSTICO VITAL		ALIMENTACIÓN	
Estabilización. Agravación lenta. Agravación rápida.		Recuperación. Cronicidad. Fallecimiento.		Solo. Con ayuda. Que lo alimenten. Dieta _____	
ALERGIAS	ESTADO PSICOLÓGICO	NIVEL CONCIENCIA	ÓRGANOS SENTIDOS		
SÍ NO (especificar)	Normal. Deprimido. Deterioro profun.	Normal. Confusión. Coma, grado _____	Conservados. Disminuidos. Pérdida _____		
ESTADO DE LA PIEL		MOVILIDAD	ACTIVIDAD		
Conservada. _____		Normal. Limitada. Pérdida.	Normal. Limitada. Incapacidad total.		
HIGIENE	SUEÑO-REPOSO	ELIMINACIÓN			
Solo. Con ayuda. Dependencia tot.	Normal. Alterado. Utiliza fármacos.	Problemas intestinales Laxantes Ostomía	SÍ-NO SÍ-NO	Problemas urinarios Sonda vesical Tipo _____	SÍ-NO SÍ-NO

HOSPITAL PROVINCIAL
DE MADRID
Servicio de Hospitalización
a Domicilio

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

SIGNOS VITALES frecuencia **ANALÍTICA**

Presión arterial _____

Temperatura _____

Pulso _____

Respiraciones _____

ADMINISTRACIÓN MEDICACIÓN (vía) _____

EDUCACIÓN SANITARIA

Paciente _____ Familia _____

CURAS

Localización: _____

Procedimiento: _____

Materiales: _____

OBJETIVOS DE ENFERMERÍA

Corto plazo _____ Largo plazo _____

RESUMEN _____

Fecha _____

(firma legible enfermera)

(firma legible médico)

Tiempo previsto: _____ días. Tiempo real: _____ días.

OBSERVACIONES _____

HISTORIA SOCIAL

N.º H.ª H. a D. _____

Fecha _____

1. DATOS PERSONALES

Apellidos _____ Nombre _____ E. C. _____ Sexo _____

Edad _____ D.N.I. _____ N.º Seg. Social _____ Tit./Benef. _____

Régimen _____ Profesión _____ Domicilio _____

Teléfono _____

Médico encargado H. a D. _____

Remitido por _____

Ingreso H. a D. _____ Alta _____

2. DATOS SOCIO-FAMILIARES

NÚCLEO DE CONVIVENCIA					
Nombre y apellidos	Parentesco	E. C.	Edad	Situación laboral	Profesión

Otras circunstancias referentes a la familia _____

OBSERVACIONES _____

3. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda	Régimen de tenencia	Luz	Agua	Baño	Higiene	Alquiler

OBSERVACIONES _____

4. DATOS ECONÓMICOS

Salarios	Pensiones	Rentas	Ayudas	Otros ingresos

OBSERVACIONES _____

5. PROBLEMÁTICA SOCIAL PRESENTADA

DEMANDA	VALORACIÓN DE LA DEMANDA

6. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

7. DIAGNÓSTICO SOCIAL

El asistente social

INFORMACIONES

En el Hospital San Juan de Dios de Barcelona

LOS NIÑOS REUMÁTICOS RECIBIRÁN ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Desde el pasado mes de abril, el Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona cuenta con una unidad de reumatología para la atención de niños y jóvenes —hasta 18 años— afectados de patología reumática. La unidad, integrada por dos médicos internistas con esta dedicación, un ortopeda, un fisioterapeuta y una asistente social, es una de las primeras en su género y viene a cubrir el vacío asistencial existente en este campo de la patología pediátrica, afortunadamente no muy voluminosa en número de casos, pero precisada de cuidados especializados.

Aunque en España no se dispone de estadísticas fidedignas sobre la incidencia real de la artritis crónica juvenil, sin duda alguna el proceso reumático más representativo en la infancia y adolescencia, fuentes consultadas por esta publicación estiman que podría afectar a 4-6 de cada 100.000 niños y jóvenes, tasa que sería similar a Francia e inferior a la de Inglaterra o Estados Unidos, país, este último, donde se producen 9,2 nuevos casos por año.

La artritis crónica juvenil, que cursa con dolor crónico y deformidades articulares, es causa de absentismo escolar, minusvalía física, alteraciones psicológicas, etc., que «es necesario tratar por equipos interdisciplinares». Así lo entienden, al menos, en el Hospital Sant Joan de Déu.

CONGRESOS - REUNIONES - CURSOS SYMPOSIUMS - PREMIOS

- I Congreso Estatal sobre la Infancia Maltratada (Barcelona, 13, 14 y 15 noviembre 1989)
Información: Bisbe Casador, 2 pal. Tel. 315 19 55
08002 BARCELONA
- II Curso Teórico-Práctico de Criocirugía (Barcelona, 20 y 21 de octubre de 1989)
Información: Muntaner, 77. Tel. 253 92 89
08011 BARCELONA
- I Curso de Electrocirugía versus Láser (Barcelona, 20 y 21 de octubre de 1989)
Información: Muntaner, 77. Tel. 253 92 89
08011 BARCELONA
- Simposium de Fisioterapia:
La Fisioterapia en el enfermo reumático (Barcelona, 21 de octubre de 1989)

Información: Muntaner, 77. Tel. 253 92 89
08011 BARCELONA

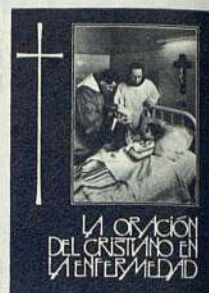
- I Jornadas Técnicas de la Unió Catalana d'Hospitals
Estrategia de mutación en los Hospitales (Barcelona, 23 y 24 de octubre de 1989)
Información: Diagonal, 520. Tel. 209 36 99
08006 BARCELONA
- XXXII Curso Internacional de Leprología para Misioneros y Auxiliares Sanitarios (Fontilles, del 16 de octubre al 4 de noviembre de 1989)
Información: Dr. Terencio de las Aguas
Sanatorio San Francisco de Borja
03791 FONTILLES (Alicante-España)
- XXVI Curso Internacional de Leprología para médicos (Fontilles, del 13 al 18 de noviembre de 1989)
Información: Dr. Terencio de las Aguas
Sanatorio San Francisco de Borja
03791 FONTILLES (Alicante-España)
- Jornadas Internacionales sobre el Recién Nacido y su entorno (Barcelona, 25 y 26 de septiembre de 1989)
Información: Servicio de Psicología
Hospital San Juan de Dios
Ctra. de Esplugas, s/n. Tel. 203 40 00
08034 BARCELONA
- I Premio Informática y Salud
Dotación: Primer premio, 500.000 ptas.
Segundo premio, 200.000 ptas.
Primer Accésit, 100.000 ptas.
Segundo Accésit, 100.000 ptas.
Plazo presentación: Con anterioridad
al 31 de enero de 1990
Información: Secretaría Técnica SINFHOS
Col·legi d'Economistes de Catalunya
Avinguda Diagonal, 508, 1.º 1.ª
08006 BARCELONA
- III Simposium Informática Hospitalaria (Barcelona, 6, 7 y 8 de junio 1990)
Información: Secretaría Técnica SINFHOS
Col·legi d'Economistes de Catalunya
Avinguda Diagonal, 508, 1.º 1.ª
08006 BARCELONA
- II Jornadas de Enfermería
Nuevas Perspectivas Profesionales (Principado de Andorra, 1 y 2 de febrero de 1990)
Información: Escola d'Infermeria
Carrer Dr. Vilanova, s/n. Tel. 61 5 64
ADORRA LA VELLA

- LA ORACIÓN DEL CRISTIANO EN LA ENFERMEDAD
N.º 137 (1971)
- EL ABORTO (1977) (agotado)
- ACERCAMIENTO AL MORIBUNDO, EUTANASIA,
DISTANASIA Y MUERTE (1979) (agotado)
- PLANIFICACIÓN FAMILIAR (1980) (agotado)
- DERECHOS DEL ENFERMO
N.ºs 179-180 (1981)
- PASTORAL SANITARIA (Todos responsables)
N.º 185 (1982)
- EL HOSPITAL CATÓLICO
N.º 188 (1983)
- LOS TRASPLANTES
N.º 194 (1984)
- EL VOLUNTARIADO EN LOS HOSPITALES
N.º 198 (1985)
- CÓDIGOS DEONTOLÓGICOS Y NORMATIVAS
ÉTICO-JURÍDICAS RECIENTES
N.º 202 (1986)
- UNA ORDEN HOSPITALARIA PLANTEA SU FUTURO
N.º 206 (1987)
- LOS ENFERMOS MÁS DESASISTIDOS Y NECESITADOS
N.º 208 (1988)
- LA FAMILIA DEL ENFERMO
N.º 211 (1989)

Números monográficos de Labor Hospitalaria



PLANIFICACION FAMILIAR
FORMACION MEDICA, SOCIOLOGIA, PSICOLOGIA Y ETICA



DERECHOS
DEL ENFERMO



Pídalos a la dirección de la Revista



APLICACIONES ELÉCTRICAS

ene s. a.

EQUIPAMIENTOS ESPECIALES PARA CLÍNICAS
Y HOSPITALES

- SEÑALIZACIÓN – TELEFONÍA –
 - INTERCOMUNICACIÓN –
 - MEGAFONÍA – BUSCA-PERSONAS –
 - CIRCUITOS CERRADOS TV –
 - RELOJES CONTROL HORARIO Y QUIRÓFANOS –
 - COMUNICACIÓN PACIENTE-VISITANTE
PARA U.C.I. –
- Aribau, 146, Pral. – Tels. 218 17 80 - 218 17 86 –
BARCELONA-

Revista SELARE

- Al servicio de los Agentes de Pastoral de la Salud.
- Publicación trimestral de los Hermanos de San Juan de Dios, destinada a compartir experiencias, inquietudes y comentarios con los agentes de Pastoral de la Salud a nivel de América Latina.

Dirección: Carrera 8.ª N.º 17-45 SUR. Apartado 40097. BOGOTÁ, D. E. (Colombia)

PHILIPS SDR 1550-XP

ANNULAR ARRAY OTRO PASO ADELANTE

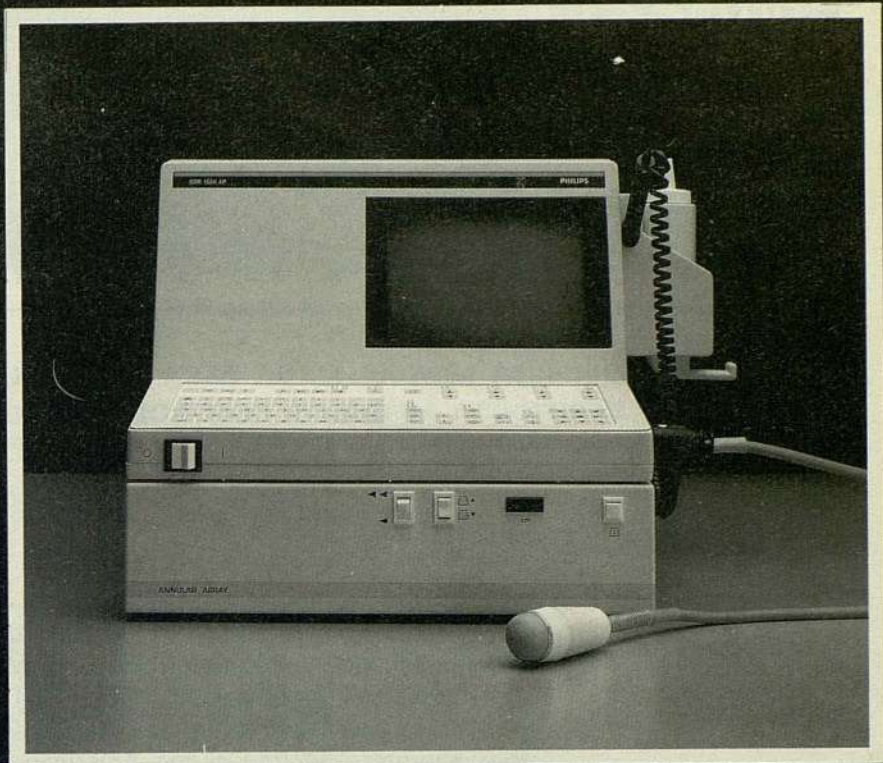
TRANSDUCTORES "ANNULAR ARRAY"

PHILIPS, gigante mundial en el campo del diagnóstico por la imagen, ha puesto en el sistema SDR 1550-XP toda la experiencia acumulada en casi veinte años de investigación, desarrollo y fabricación de equipos de ecografía diagnóstica.

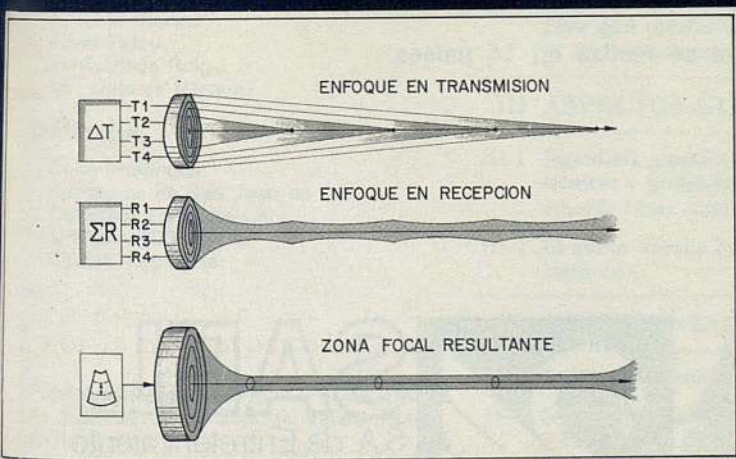
El ecógrafo SDR 1550-XP incorpora la nueva tecnología de transductores de foco variable del tipo "annular array", que ha sido una de las últimas aportaciones de PHILIPS al diagnóstico por ultrasonidos. El sistema en sí mismo está dotado de una excepcional calidad de imagen en cualquier circunstancia, una gran versatilidad y una muy elevada fiabilidad y facilidad de servicio.

La tecnología "annular array" puesta a punto por PHILIPS, incorpora lo mejor de los diferentes métodos de generación de imágenes sectoriales en tiempo real. El barrido se realiza de una forma tal que la uniformidad, densidad de líneas, rango dinámico y facilidad de servicio son óptimas. El enfoque se efectúa utilizando un elemento multicristal con disposición anular y una secuencia de disparo controlada por el ordenador.

La geometría cilíndrica del haz de transmisión resultante mantiene las mismas dimensiones de



la zona de enfoque en cualquier dirección perpendicular al eje de transmisión, con lo que la resolución lateral es idéntica en todo el frente de onda, a diferencia de lo que sucede con los transductores electrónicos convencionales. Además, la zona de enfoque es más larga que en otro tipo de transductores y es posicionable por el operador en la zona de interés, continuamente desplazable entre la parte proximal y la distal de la imagen.



EL SISTEMA SDR 1550-XP permite la utilización de una gran variedad de transductores, además de los anteriormente descritos "annular array":

- SECTORIALES de 3, 5 y 7,5 MHz.
- LINEALES de 4 y 6 MHz.
- INTRAVAGINALES de 5 y 7,5 MHz.
- TRAPEZOIDAL de 7,5 MHz.
- TRANSRECTAL MULTIPLANO de 7,5 MHz.
- DOPPLER entre 2 y 10 MHz.

que, junto con sus amplias posibilidades para ECO-CARDIOGRAFIA, DOPPLER PULSADO Y CONTINUO para aplicaciones en vascular periférico y abdominal, BIOPSIAS y gran CAPACIDAD DE CALCULO, hacen de este ecógrafo SDR 1550-XP el sistema más versátil de todos los actuales.



Sistemas
Médicos

SU COMPAÑIA DE IMAGEN

PHILIPS

LIMPIEZA PROFILACTICA

SERVICIO DE LIMPIEZA ESPECIALIZADA PARA HOSPITALES, CONTRATADA, REALIZADA Y VERIFICADA MEDIANTE CONTROL BACTERIOLOGICO.

- RESULTADOS PROFILACTICOS:

Eliminación real del microbismo contaminante según niveles de tolerancia fijados por la Dirección Médica del Hospital o los standards recomendados por «Committee on Microbial Contamination of Surfaces of the Laboratory Section of the American Public Health Association».

- AREA DE PRESTACION:

Barcelona y su comarca solamente.

- CONSULTAS Y PEDIDOS:

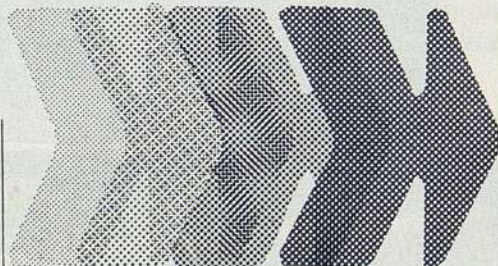
Por escrito a nuestras oficinas de Barcelona desde donde informaremos y asesoraremos gustosamente en fase de previsión anterior a la de contratación.

- REFERENCIAS:

Nuestro servicio de limpieza se realiza en 14 países.



Dinamarca	Holanda
Alemania	Inglaterra
Austria	Noruega
Bélgica	Suecia
España	Suiza
Finlandia	Australia
Francia	Brasil



SAEL

S.A. de Entretenimiento y Limpieza.

Ramón Turró, 145 - Tel. 309 25 16*
08005 Barcelona