



Hospitales de día: ¿generales o especializados?

J. Sauret Valet

Departamento de Neumología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

La asistencia sanitaria en nuestro país se ve afectada desde hace años por una conflictividad continua con reagudizaciones periódicas, como en el caso de las enfermedades crónicas, que ha generado sentimientos evidentes de desencanto y malestar no sólo por parte de los usuarios, sino también en los profesionales de la salud.

Desde el punto de vista de la medicina hospitalaria, algunos de los problemas más acuciantes a los que debemos enfrentarnos son: el espectacular incremento del número de urgencias, que en ocasiones colapsa los servicios correspondientes; la disminución más o menos larvada de camas y de inversiones, en relación, al parecer, con el aumento prohibitivo de los costes; el elevado porcentaje de población enferma de la tercera edad en deficiente situación socioeconómica; una creciente minuciosidad, por parte de los gestores sanitarios, en ajustar al máximo la relación entre gastos y prestaciones; y escasos, por no decir nulos, incentivos profesionales. Las consecuencias directas de estos hechos han sido, entre otras: masificación, con la consiguiente merma de la calidad asistencial; desbordamiento de las especialidades más afectadas, entre ellas la neumología, al verse obligadas a atender un número importante de pacientes ingresados en otras salas o unidades, no siempre dotadas adecuadamente para asistir a este tipo de enfermos; y una actitud generalizada de frustración, desmotivación e inercia rutinaria.

Dentro de las estrategias encaminadas a resolver, siquiera en parte, estos problemas, debe incluirse la decisión adoptada por algunos centros de potenciar el desarrollo de Hospitales de Día (HD) en un intento de ofrecer una cobertura más amplia, especializada y ágil, y disminuir los ingresos no estrictamente necesarios. En realidad, la iniciativa no es nueva, ya que los primeros HD comenzaron a funcionar en la década de los sesenta dirigidos en especial a los enfermos psiquiátricos¹ y más tarde se fue generalizando su uso en oncología, hematología, pediatría, geriatría y toxicomanías²⁻⁴ e incluso recientemente en las enfermedades infecciosas y sida^{5,6}.

Pese a que no existe un modelo unificado, ya que las necesidades y objetivos son distintos en cada caso, lo que en realidad se pretende con los HD no es otra cosa que aprovechar mejor determinados servicios específicos del hospital durante las horas de máxima actividad laboral, con lo cual, al menos en teoría, los usuarios saldrían beneficiados, los profesionales (médicos y personal sanitario) podrían estar más satisfechos de su trabajo, y los costes, si se consigue disminuir el número de ingresos y consultas urgentes, tendrían que disminuir.

Con arreglo a estas ideas pusimos en marcha un HD respiratorio en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, adscrito al Servicio de Neumología, a finales de 1987, en el que hemos asistido un promedio de 1.000-1.500 enfermos/año^{7,8}. La experiencia ha sido positiva y se han podido cumplir en gran parte los objetivos anteriormente expuestos, así como ofrecer una alternativa más a la formación de los médicos residentes.

Sin embargo, es posible que todo no sean ventajas. Aunque hay pocas referencias publicadas de HD neumológicos, en un estudio realizado en el Hospital de Saint-Louis (París) se obtuvo mayor eficacia, en cuanto al manejo del cáncer de pulmón, en el HD en comparación con las consultas externas, pero no en el caso del asma bronquial y de la obstrucción crónica al flujo aéreo⁹. De todas maneras, los HD, o programas similares, han tenido una amplia aceptación general, como lo demuestra el hecho de su importante desarrollo en Estados Unidos donde han pasado de 300 en 1978, a más de 2.000 en 1989¹⁰.

El dilema que se plantea ahora es la tendencia que se observa, por parte de algunos sectores administrativos sanitarios, a considerar más útil, dinámico y adecuado un modelo de HD general que englobe e integre a los distintos HD especializados de un mismo hospital, para que de esta manera las necesidades y prestaciones se adapten mejor a la demanda, en cierta manera fluctuante, de la población asistida. La estrategia de este supuesto está bastante clara: unificar significa menos personal, dependencias y utillaje compartido y, como consecuencia, disminución de inversiones y gastos.

Qué duda cabe que el argumento, en una coyuntura de crisis económica, no puede despreciarse; pero tampoco pueden dejar de tenerse en cuenta otros razona-

Correspondencia: Dr. J. Sauret Valet.
Departamento de Neumología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.
Avda. Sant Antoni M.^a Claret, 167. 08025 Barcelona.



mientos basados más en motivos técnicos. En primer lugar, con este modelo se corre el riesgo de convertir los HD en "el otro servicio de urgencias" o en "la otra sala de hospitalización", cuando su objetivo no ha sido nunca, ni puede serlo ahora, establecer alternativas paralelas a estas dependencias. Por otra parte, la experiencia de estos años nos ha enseñado que la eficacia del HD está directamente relacionada con la especialización de médicos y personal de enfermería en las técnicas y manejo del enfermo respiratorio, y en la conexión continua y rápida con las otras áreas neumológicas (hospitalización, endoscopia, fisioterapia, etc.) y que la mejor manera de conseguirlo es desde la propia estructura del departamento o del servicio.

Es posible que estos hechos no se hayan producido todavía de manera global, por lo que a alguien pudiera parecerle que se trata de un debate intrascendente; pero siempre es preferible abordar los problemas cuanto antes, por aquello de que es mejor prevenir que curar, máxime si tenemos en cuenta que el planteamiento y la pregunta inicial pudieran hacerse extensivos a algo más que a los hospitales de día.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guderman JE, Shove MF, Dickey B. Day Hospitalization and in instead of in patient care of psychiatric patients. *N Engl J Med* 1983; 309: 749-750.
2. Daniels M, Bonfil T. El Hospital de Día. *Neoplasia* 1985; 2: 7-9.
3. Wessert W, Wan T, Livieratos B. Effects and cost of day-care services for the chronically ill. *Med Care* 1980; 6: 567-584.
4. Alterman AI, McLellan AT. Inpatient and day hospital treatment services for cocaine and alcohol dependence. *J Subst Abuse Treat* 1993; 10: 269-275.
5. Atkins BL, Kohn P. An infectious disease day care unit. The first year. *J Infect* 1992; 25: 91-96.
6. Smith MT, Kinickman JR, Oppenheimer LM. Connecting the disconnected: Adult day care for people with AIDS in New York. *Health Soc Work* 1992; 17: 273-281.
7. Sauret J, Sáiz L, Blanch A et al. Hospital de Día Respiratorio, resultados de un año de funcionamiento. *Sant Pau* 1989; 10: 30-32.
8. Sauret J. Hospital de día Respiratorio. *Arch Bronconeumol* 1991; 27: 379-380.
9. Hirsh A, De Cremoux H, Blonch-Lemoine M et al. Cout-avantages de l'hospitalisation avec hebergement de l'hopital de jour et de la consultation en Pneumologie. A propós de 162 malades. *Rev Mal Respir* 1990; 7: 331-335.
10. Hedrick SC, Rothman ML, Chapko M et al. Overview and patient recruitment in the adult day health care. Evaluation study. *Med Care* 1993; 1: 3-14.