
El hospital de día en el contexto de los sistemas de asistencia sanitaria

J.M. Martínez i Carretero

Institut d'Estudis de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Barcelona.

Durante el segundo tercio del presente siglo diversos países occidentales experimentaron un crecimiento del gasto público en todos los campos. Los servicios sociales y sanitarios no fueron una excepción.

La intervención creciente del estado en el control del funcionamiento del sistema económico y en la provisión de las prestaciones sanitarias y sociales ha dado lugar a lo que conocemos como «Estado del Bienestar (Welfare State)». Este incluye, entre otros, el mantenimiento del orden público, la responsabilidad del estado sobre el nivel general de ocupación considerado como aceptable, el control del sistema impositivo, la ordenación del medio ambiente, y un conjunto de medidas destinadas a controlar la distribución de rentas por medio de la recaudación impositiva y la modulación del gasto público.

Con todo, la característica más notable del «Estado del Bienestar» es la prestación de servicios sanitarios y sociales gratuitos a la población. En este sentido, la política social consiste en la utilización de recursos públicos para producir una serie de bienes y servicios de utilidad colectiva, como son la vivienda, educación, servicios sanitarios, transporte público, etc., que no se producirían en el mismo grado, ni distribuidos de una forma socialmente deseable si su provisión estuviese únicamente regulada por los mecanismos de mercado.

Así pues, el desarrollo de esta política social se convirtió en el paradigma de una nueva forma de entender los derechos y deberes del estado respecto al individuo.

Es imprescindible señalar que los teóricos del «Estado del Bienestar» consiguieron amplios consensos fundamentalmente sobre la base de dos premisas: primero, que los gastos sociales favorecerían prioritariamente a los estratos más desfavorecidos de la población, y segundo, que el aumento de estos gastos, conjuntamente con una política fiscal más o menos progresista, tenía un efecto redistributivo de las rentas y un

efecto igualitario en los aspectos de la vida social donde intervenía.

Situación sanitaria y social

Los progresos en la tecnología biomédica, en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, conjuntamente con el aumento del nivel de vida, han supuesto la orientación hospitalaria sofisticada de la asistencia sanitaria y la disminución de la mortalidad en edades jóvenes, con el consiguiente incremento en la esperanza de vida y el aumento de los enfermos incapacitados o disminuidos.

Además de los factores anteriormente expuestos, el cambio en los patrones culturales y la crisis económica han contribuido a dibujar un cuadro preocupante de nuestra sociedad: progresivo aumento del número total y relativo de personas ancianas, disminución de la natalidad, aparición de enfermedades o incapacidades crónicas, aumento en la proporción de individuos disminuidos y/o incapacitados, la disgregación de la familia, la drogadicción, etc.

El análisis de un solo factor, como es el envejecimiento de la población, nos indican la tendencia al incremento en las necesidades sanitarias y de servicios sociales previsibles en el futuro.

Así, por ejemplo, en 1975 el 14 % de la población en los países desarrollados y el 5 % de la misma en los países no desarrollados tenía 65 años o más. Desde entonces estos porcentajes han aumentado progresivamente. Las proyecciones estadísticas nos demuestran que esta tendencia se mantendrá durante los próximos 50 años debido al incremento de la esperanza de vida y la disminución de la natalidad. Así, se espera que en el año 2.025 el 23 % de la población del Japón, el 22 % de la población Suiza y el 19 % de la población de China pertenezcan a este grupo de más de 65 años.

Coste económico y social del «Estado del Bienestar»

El incremento constante de los recursos del estado destinado a sanidad y servicios sociales, combinado con las consecuencias de la recesión y crisis económica de la última década, se ha convertido en insostenible para la mayoría de los países desarrollados. De tal forma que en muchos de ellos el porcentaje de estos recursos es más de la mitad de los presupuestos totales del Estado. Así, en Catalunya, el porcentaje del Departament de Sanitat i Seguretat Social supone aproximadamente el 51 % del presupuesto total de la Generalitat.

Tan sólo por citar algunas cifras, el presupuesto del Institut Català de la Salut (INSALUD) para el año 1985 será, tal como ha sido publicado en los medios de comunicación entre 138 y 148.000 millones de pesetas.

A estas cifras habrá que añadir el presupuesto de servicios sociales, promoción de la salud y otros servicios directamente relacionados con el «Estado del Bienestar», tanto a nivel estatal, autonómico como local. Esta situación agobiante ha replanteado en los países desarrollados la responsabilidad del Estado en la provisión de los servicios sanitarios y sociales, apareciendo la denominada «crisis del Estado del Bienestar».

Necesidad de un nuevo modelo sanitario y social

Nuestro sistema sanitario y social actual presenta, entre otras, las siguientes características: hospitalocentrismo, poca participación de la comunidad en las responsabilidades sociales y sanitarias, atención fragmentada del individuo, falta de medidas preventivas y de promoción de la salud, medicalización de la sociedad, etc.

La visión global o integral de la atención sanitaria y social del individuo y la limitación de los recursos económicos requiere un nuevo modelo que permita la mejor utilización del dinero público y que haga responsable a la propia comunidad.

Después de la reunión en 1978 en Alma-Ata (U.R.S.S.) de los países miembros de la Organización Mundial de la Salud, se ha diseñado un nuevo modelo sanitario a partir de la Atención Primaria de Salud.

Con este nuevo modelo se intenta evitar la medicalización de la población, promover la reinserción de los enfermos crónicos y/o disminuidos a la sociedad y acercar el máximo posible los servicios sanitarios y sociales a los usuarios po-

tenciales, insistiendo en la participación y responsabilidad de la familia y la comunidad.

En este contexto el Hospital de Día es una forma de asistencia intermedia entre la consulta ambulatoria y la hospitalización completa, acerca el sistema sanitario y social a la población, evita la medicalización, promueve la participación de la familia y la comunidad y es útil para disminuir el gasto económico.

Concepto del hospital de día

El término «hospital de día» se ha utilizado con diferentes significados según el servicio que proporciona o según los profesionales que lo emplean.

Con todo, cabe probablemente describirlo como un «lugar donde los pacientes pasan una parte importante de su tiempo de vigilia bajo un régimen terapéutico para después volver a su domicilio.»

El hospital de día es una forma de asistencia parahospitalaria que trabaja como centro diurno multidisciplinario, donde el paciente acude con incapacidades físicas o psíquicas para recibir un tratamiento integral y regresar después a su domicilio. Se logran así, entre otras, las siguientes finalidades:

- Aceleración del alta de los pacientes hospitalizados que han superado la fase aguda.
- Seguimiento médico del paciente hasta lograr la autosuficiencia en caso de enfermos crónicos.
- Administración y control de tratamientos que requieran hospitalización parcial.
- Evitar la medicalización y dependencia del hospital.
- Crear conciencia en la familia para una cooperación en el tratamiento evolutivo del paciente, asegurando su continuidad cuando sea dado de alta.
- Prestar asistencia social especializada.
- Permitir la reinserción social evitando la incomunicación del hospital tradicional.
- Observar la aceptación y grado de cooperación del paciente en el plan terapéutico.

El hospital de día en la actualidad

En diferentes países de Europa y América existen hospitales de día aunque difieren en funciones y organización.

Algunos países como la U.R.S.S. y Canadá tienen programas de hospital de día muy bien estructurados para pacientes psiquiátricos.

Hospitales de día para minusválidos físicos existen en países tales como Israel, Países Bajos, Grecia, Dinamarca y Australia. En Gran Bretaña el hospital de día está ampliamente aceptado y forma parte del sistema sanitario, y el hospital de día geriátrico, en particular, se ha convertido en un paso habitual entre los pacientes hospitalizados y la consulta ambulatoria.

En EE.UU. el hospital de día ofrece una opción sanitaria satisfactoria para los enfermos crónicos, minusválidos físicos y los enfermos psiquiátricos.

La ubicación de muchos de estos hospitales de día dentro de la estructura del hospital tradicional permite solucionar los problemas clínicos agudos de los pacientes, mientras que al mismo tiempo evita la dependencia y medicalización del enfermo ingresado.

Dos visiones distintas del hospital de día

1. Hospital de Día Oncológico de la Santa Creu i Sant Pau.

El Servicio de Oncología del Hospital de Sant Pau dispone de unas dependencias específicas para el hospital de día en el área de consultas externas, donde se administra tratamiento quimioterápico, transfusiones de sangre, visitas no programadas y pequeñas curas. El horario es de 8 de la mañana a 8 de la tarde, de lunes a viernes, y sábados de 8 a 15 horas.

No hay personal facultativo exclusivo del hospital de día: existe, sin embargo, personal de enfermería que aplica los tratamientos y las pequeñas curas.

2. Hospital de la Vall d'Hebrón.

El Hospital de la Vall d'Hebrón dispone de un área de urgencias de 24 horas, con 30 camas, que funciona desde hace aproximadamente dos años.

Este área se reserva para los pacientes que requieren un tratamiento de urgencia o un control que no necesita hospitalización. Posteriormente, el paciente pasa a su domicilio y control en consultas externas o es hospitalizado si no se soluciona su problema agudo.

Aunque la distribución por especialidades médicas o quirúrgicas varía según las necesidades, las primeras disponen aproximadamente de 18 camas y las segundas de 12.

El personal médico está constituido por dos residentes del Servicio de Urgencias de Medicina Interna. Dispone, sin embargo, de personal exclusivo de enfermería.

Este área de 24 horas no se puede considerar un hospital de día tal como lo describimos anteriormente, pero su exposición responde a que muchos de estos pacientes podrían ser controlados y tratados en hospitales de día.

Papel de la administración pública sanitaria y social

Por las razones expuestas en los apartados anteriores, las administraciones públicas sanitarias están considerando la necesidad y utilidad de los hospitales de día, así como su posible incorporación a los diferentes niveles hospitalarios.

Esta consideración se justifica por el incremento en el coste de las camas hospitalarias exclusivamente diseñadas para pacientes con problemas agudos.

En Catalunya, por ejemplo, el coste de una cama hospitalaria supone en el momento actual:

Hospital de nivel 1: 2.300.000 pesetas/año.

Hospital de nivel 2: 3.200.000 pesetas/año.

Hospital de nivel 3: 7.500.000 pesetas/año.

Aunque dentro de estas valoraciones están incluidas las prestaciones tanto del paciente hospitalizado como las consultas externas de los hospitales, no deja de ser preocupante que una cama para enfermos agudos suponga entre 15 y 20.000 pesetas/día.

En el momento presente están ocupando camas para enfermos agudos, pacientes que podrían ser tributarios de atención en el hospital de día con el consiguiente ahorro económico y las ventajas personales y sociales que ello implicaría.

Así, por ejemplo, el coste de una cama hospitalaria para enfermos oncológicos es de aproximadamente 15.000 pesetas/día, mientras que la estimación para una cama de la misma especialidad en el marco de un hospital no superaría las 10.000 pesetas/día.

Esquema de una propuesta teórica sobre planificación de hospitales de día

La estructuración de un proceso de planificación y organización de los hospitales de día requerirá los siguientes pasos:

1. Análisis de la situación.
2. Definición de objetivos.
3. Programación general.
4. Formulación de prioridades.
5. Programación en detalle.
6. Implementación.
7. Evaluación, control y reprogramación.

1. Análisis de la situación

- 1.1. Identificación de necesidades
 - 1.1.1. Tipos de necesidades
 - 1.1.2. Cuantificación de la población para cada necesidad
- 1.2. Situación legal
- 1.3. Recursos económicos y sus limitaciones
- 1.4. Factores de generación de necesidades y demandas
- 1.5. Identificación de programas existentes

2. Definición de objetivos

- 2.1. Grupos de población
- 2.2. Tipos de programas para cada población

3. Programación general

- 3.1. Determinación del organismo responsable
- 3.2. Identificación de programas potenciales
- 3.3. Determinación de recursos y limitaciones
- 3.4. Análisis del número de plazas para cada programa potencial
- 3.5. Selección de estrategias
- 3.6. Legislación básica
- 3.7. Previsión de las necesidades futuras

4. Formulación de prioridades

- 4.1. Selección de programas prioritarios
- 4.2. Dotación presupuestaria para cada programa
- 4.3. Coordinación entre los programas seleccionados

5. Programación en detalle

- 5.1. Ubicación de los hospitales de día
- 5.2. Diseño de la estructura del hospital de día

- 5.3. Análisis de las necesidades de personal
- 5.4. Definición de las necesidades instrumentales (utillaje y mobiliario)
- 5.5. Selección de programas a desarrollar (geriatría, incapacidades físicas, psiquiatría, oncología, etc.) para cada hospital de día
- 5.6. Régimen de funcionamiento interno
- 5.7. Establecimiento de criterios de admisión y alta
- 5.8. Previsión de transporte de los pacientes

6. Implementación

- 6.1. Selección de personal
- 6.2. Adquisición del espacio físico
- 6.3. Dotación instrumental
- 6.4. Desarrollo y control de los programas

7. Evaluación, control y reprogramación

- 7.1. Evaluación del proceso
 - 7.1.1. De los objetivos
 - 7.1.2. De las prioridades
 - 7.1.3. De las estrategias
 - 7.1.4. De la implementación
- 7.2. Evaluación del producto (resultados)
 - 7.2.1. A corto plazo
 - 7.2.2. A largo plazo
- 7.3. Reprogramación

La puesta en marcha de una posible red de hospitales de día requerirá previamente la experimentación en una o varias pruebas piloto para completar el diseño, analizar el funcionamiento y detectar los problemas que se pueden plantear en un futuro.

DISCUSION

S. ERILL: Ahora sí que estamos al final. Me parece que puede haber comentarios con respecto a la comunicación del Dr. Martínez Carretero, pero estoy seguro de que, por otra parte, él me perdonará si sugiero que además

de estos comentarios, inmediatamente después entremos, si la gente está dispuesta y tiene ánimos, en una posible discusión global de la reunión de hoy.

J. SARABIA: Quería hacer tres intervenciones,

aprovechando esta oferta y centrarme en la comunicación del Dr. Martínez Carretero y entrar luego en un debate más general.

En los estudios sobre hospitalización a domicilio, campo en el que tenemos ya tres años y medio de experiencia, se deduce que se puede obtener, con igual calidad que en el hospital en determinados procesos, además de una rentabilidad social y clínica significativas, una sensible rentabilidad económica, tanto para procesos medicoquirúrgicos generales como en la atención a la enfermedad en fase terminal a través de cuidados médicos y de enfermería, y sociales, que se engloban en el término «cuidados paliativos». En determinados procesos quirúrgicos susceptibles de cirugía menor —hernias inguinales, principalmente— la reducción en el coste es hasta de un sexto respecto al coste hospitalario; estos procesos hoy suponen ocupación y estancias hospitalarias.

Respecto a la comunicación del Dr. López Timoneda, quiero apoyar la actividad del Hospital Clínico y exponer la experiencia que dentro del Hospital Provincial de Madrid tenemos en el seguimiento y tratamiento de pacientes a domicilio, en este caso neoplásicos, de la colocación de catéteres para el tratamiento del dolor. Este seguimiento lo hacemos en el domicilio del propio paciente a través de un equipo muy motivado, tanto en la parte de enfermería como en la parte médica.

Por último, me parece evidente que a lo largo de toda esta mesa redonda, se advierte una queja, a la cual me sumo de una manera constructiva, en cuanto a las administraciones del tipo que fueran, respecto al poco o nulo eco que se hacen de este tipo de experiencias. No obstante, yo creo que tal vez pueda no ser el más adecuado en hablar, porque en el Hospital Provincial de Madrid somos afortunados, en cuanto que existe un apoyo decidido y absoluto por parte de la administración de la propia institución, respecto al desarrollo de la experiencia de la hospitalización a domicilio y respecto a la experiencia del hospital de día psiquiátrico. Creemos que este apoyo hay que reclamarlo y que ésta es una ocasión formidable que se nos brinda.

Creo que no podemos, de ninguna manera, entrar en una situación pesimista. Es más, tengo optimismo grande aunque bien es verdad que no sabría justificar muy bien el porqué. En nuestra experiencia de tres años y medio en «hospitalización a domicilio» hemos de-

mostrado la triple rentabilidad social, clínica y económica; sin embargo la administración —Insalud— aún no ha dado el respaldo oficial a esta modalidad alternativa hospitalaria. Todo el programa corre a cargo del Hospital Provincial, dependiente de la Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid. Creo que el Ministerio de Sanidad acabará apoyando este tipo de experiencias; es más, existe un compromiso del Sr. Ministro de Sanidad de apoyo decidido al hospital de día y a la hospitalización a domicilio (E. Lluch.-Política del Ministerio de Sanidad.- Serv.º Public. de M.º de Sanidad.- Madrid, 1983). Por otra parte existe otro compromiso político del gobierno merced al mandato del Senado de las Cortes Generales (mayo 1983) que ordena a la administración la creación de unidades de hospitalización a domicilio en los grandes hospitales del país. Y, finalmente, el partido que apoyó al actual gobierno, en su programa (de octubre 1982 de elecciones generales), apoya también la creación de unidades de hospital de día y a domicilio.

Yo creo que, en conjunto, no hay que ser pesimista, sino crear entre todos más actividades, porque hay una cierta desconfianza, que no sólo es de la administración, sino también de una gran parte del colectivo médico. Y quisiera que una de las conclusiones de esta mesa redonda, y así lo solicito, fuera, si es posible, la transmisión a las autoridades responsables, a nivel autonómico o estatal, el apoyo decidido ante las realidades de estas experiencias.

S. ERILL: Creo que quizás el Dr. Martínez Carretero tendrá algo que comentar.

J.M. MARTÍNEZ CARRETERO: Antes de venir se me ha hecho la recomendación, de que lleve las conclusiones de esta Mesa Redonda al servicio de asistencia hospitalaria, al Departamento de Sanidad, que están muy interesados en las conclusiones que salgan de aquí. O sea, que sí existe realmente este interés.

G. VERGER: Querría decir en primer lugar, que hemos metido en un mismo saco muchas cosas diferentes como la clínica del dolor, el hospital oncológico, y me parece que si continuamos por este camino, esto va a ir en contra de este tipo de asistencia que merece todo el apoyo. Por ejemplo, yo he tenido ocasión de seguir de cerca, más o menos, el «Centro de día de Psiquiatría» que ha expuesto el Dr. Costa Molinari, y puedo asegurar que es una institución que merece mucho apoyo, y que sin embargo, metida entre todos los otros tipos de hospitales de día, seguramen-

te se va a perder y va a ser la última en recibir alguna ayuda. Me parece que en esto ocurre como con otras cosas, al principio puede hablarse de reanimación o de infección hospitalaria, pero después, para precisar es mejor hablar de reanimación respiratoria, reanimación en quemados, o infección posquirúrgica, infección en quemados, etc.

Y en segundo lugar, cuando has hablado de proyectos de la administración autonómica, me parece que has dicho «estudiaremos esto para investigar rendimientos». ¿Es que no está estudiado esto? ¿Es que hemos de ser los primeros en empezar una investigación, como si nunca se hubiera hecho en el mundo? ¿No es mejor copiar, aunque seamos diferentes, que «inventar» otra vez? Yo no estoy en la textura de decir que inventen ellos, pero si como habéis dicho, esto está ya lanzado, si los rusos en el año 1934 ya tenían estas inquietudes y habían puesto en marcha ciertos aspectos ¿no es mejor copiar un poco aunque no seamos exactamente iguales que ellos, que no empezar como si fuéramos los primeros?

J. M. MARTÍNEZ CARRETERO: Ya se han estudiado estos factores económicos, se ha hecho; incluso hay un informe sobre este tema. Pero no es que tengamos que estudiarlo, no quería decir esto; quería proponer aquí cómo se tenía que ver el hospital de día dentro del contexto del sistema sanitario; esto es lo que hay que estudiar, pero con respecto al coste es útil y vale la pena utilizarlo. Principalmente quería decir cómo se podía insertar dentro de los hospitales el hospital de día.

J. COSTA MOLINARI: Quisiera apoyar la petición del Dr. Sarabia, que por otra parte, parece que está en el ánimo del Dr. Martínez Carretero el transmitir a los poderes públicos, a la Administración, a los que tienen poder decisorio, las necesidades e inquietudes que aquí se han puesto de manifiesto. Y quisiera que tuvieran en cuenta que son instituciones mucho más baratas y mucho más rentables desde el punto de vista social, porque hasta el momento presente ha habido una cierta negligencia, diría yo, por parte de la administración, y son un poco responsables de los grandes problemas con los que nosotros nos hemos podido encontrar.

Quisiera decir, que en lo que respecta al «Centro de día» al que yo hacía referencia, nos hemos encontrado con tres grandes problemas. El primero de ellos es que es un centro aislado, que está absolutamente al margen de

cualquier tipo de planificación que por otra parte tampoco existe; es decir, está basado sobre el voluntarismo, con unos costos que gravitan sobre las economías de las familias, y que muchas de ellas no han podido gozar de los beneficios del funcionamiento de este centro. Y en último término, que no existe apenas ninguna ayuda económica, puesto que no son enfermos disminuidos físicos, tampoco se consideran disminuidos psíquicos porque la Administración, de una manera incomprensible, hace sinónima la disminución psíquica con la que se da en el oligofrénico, que tampoco lo son. Entonces no ha habido manera de convencer a los poderes públicos de que un enfermo que por motivos psiquiátricos tiene dificultades para poderse comportar y llevar una vida autónoma, sea considerado como disminuido psíquico. Este es uno de los tres grandes problemas con los que hemos tropezado. Yo le rogaría al Dr. Martínez Carretero que transmitiera esta inquietud.

J. M. MARTÍNEZ CARRETERO: Como muy bien sabe el Dr. Costa Molinari, la salud mental no es en este momento función de la Generalitat, no depende de nosotros, o sea que yo no puedo responderle. Un centro de disminuidos físicos, o de disminución psíquica, sí, porque entra dentro del área de servicios sociales y a eso podrían darle una respuesta más o menos satisfactoria; pero a la salud mental no, porque como sabe usted, no es en función del Departamento de Sanidad en este momento, y solamente existe una parte muy pequeña de la salud mental que está cubierta por la Seguridad Social.

No sé si con ello justifico un poco el que no se haya dado ningún soporte.

F. LÓPEZ TIMONEDA: Respecto a lo que ha dicho el Dr. Verger, no veo ningún inconveniente en que se comenten aquí diferentes tipos de hospitalización de día, al contrario; creo que no hay ningún médico aquí que domine todos los campos de la medicina.

Referente a la unidad del dolor, para que funcione y se pueda tratar correctamente al enfermo ambulante y que no ocupe camas, etc., debe haber un equipo multidisciplinario, donde deben colaborar el psiquiatra, el psicólogo, el oncólogo fundamentalmente; pero lo que no se puede hacer es decirle al enfermo que viene con cualquier tipo de dolor, después de haber esperado toda la mañana, que venga al día siguiente. Al hospital llegan muchos enfermos a la consulta de oncología, en este momento el dolor ya resulta insoporta-

ble para el enfermo, que ya viene automáticamente con su parte de consulta y se le realiza el tratamiento oportuno. El síntoma más importante por el que se guía el enfermo es el dolor, entonces el problema va a ser ése.

En cuanto a lo que decía el Dr. Sarabia, quiero decirle que el tratamiento ambulatorio del que hablo, es el tratamiento de asistencia a domicilio. Estoy de acuerdo en todo lo que él ha dicho, pero hay una cosa muy importante, y es que la colocación de reservorios o la utilización de técnicas especiales en la propia habitación del enfermo plantea problemas más complicados. Se tiene que desplazar al médico, se tiene que llevar un equipo, etc. Es mucho más fácil que ese enfermo llegue en una ambulancia a la unidad y allí se le realice el tratamiento adecuado y que luego se le vuelva a llevar otra vez a su domicilio. En nuestro caso disponemos de dos habitaciones y de una sala de bloques, donde disponemos de dos camas; el enfermo llega allí, se le aplica el tratamiento oportuno, se puede quedar tres o cuatro horas, cosa que resulta mucho más fácil que contar con un equipo de enfermería para ver a este tipo de paciente en la calle.

- S. ERILL: Antes de darle la palabra al Dr. Sarabia otra vez, me parece que ha habido quizás una mala interpretación de las palabras del Dr. Verger, por lo menos en lo que hacía referencia a la hospitalización de día y, a la posibilidad de que al tratar en el mismo lugar y al mismo tiempo distintos aspectos de ésta, aquéllos con mayor atractivo, mayor solemnidad, o si se quiere incluso con mayor antigüedad, pudieran hacer pasar desapercibidas otras igualmente importantes.
- G. VERGER: Quería decir exactamente esto. Si se trata en el mismo momento la clínica del dolor y la asistencia psiquiátrica, una pasará delante de la otra.
- J. SARABIA: Tal vez no me he expresado bien. No se trata de hacer implantaciones de catéteres en la habitación del domicilio del paciente. Se hacen en el hospital, lógicamente. Me refiero al seguimiento a partir de este momento dentro del domicilio. Por otra parte, me permito pedirle al Dr. Martínez Carretero, que transmita esta solicitud al Sr. Ministro, que a buen seguro mostrará muy buena receptividad.
- S. ERILL: Me parece que debería resultar obvio que el Dr. Martínez Carretero no está aquí en representación de la Generalitat de Catalun-

ya, ni las Dras. Monedero y Echeverría como representantes personales de la Dirección General de Farmacia. La gente está aquí por diversas condiciones, que pueden incluir tanto su capacitación técnica como la posibilidad de exponer métodos que puedan ser del interés de otros o incluso de aprender por analogía. Lo digo, porque no debería parecer que aquí hay una representación del Gobierno Autónomo de Cataluña y en cambio que falta una representación del Gobierno Central.

- A. ECHEVERRÍA: Creo que se han comentado aspectos de interés para una planificación sanitaria y yo transmitiré estas conclusiones y la preocupación del Dr. Sarabia, a la Dirección General que le corresponda, como me parece que es lógico.

- M. CASAS: Volviendo un poco a lo que se está discutiendo sobre el hospital de día psiquiátrico, ha habido un momento en la pregunta del Dr. Vallvé, que me ha sugerido algo que me hubiera gustado aclarar entonces. Ha preguntado qué cantidad de pacientes venían al hospital de día, que estaba suponiendo que era un hospital de día completamente monitorizado psicofarmacológicamente.

La psicoterapia biológica, que se fundamenta, o se quiere fundamentar en unos criterios científicos de la psiquiatría, no es una psiquiatría que se olvide del paciente; no vamos recetando pastillas, ni tampoco los tratamos a patadas. Yo diría que es al revés. La psiquiatría biológica dentro de las escuelas psiquiátricas, es quizá la psiquiatría que más habla con el paciente, la que más está con el paciente, la que mejor le trata y que menos distante es del paciente. En nuestro hospital de día, creo que están muy bien tratados y que hay muy poca pérdida de pacientes. Hay que olvidar un poco la sensación que había de que la psiquiatría biológica y la psicofarmacología implican distanciamiento, porque es exactamente al contrario.

- F. LÓPEZ TIMONEDA: Como médico, me preocupa un tanto ver cómo todos nos desviamos al problema económico. Creo que lo que tenemos que hacer es mejorar la calidad de vida, que el paciente muera en paz y lo más dignamente posible. Es nuestra misión. Que si cuesta más o menos... Debemos elegir lo mejor para el paciente. Nada más.

- J.M. MARTÍNEZ CARRETERO: Como médico estoy de acuerdo contigo. Pero tienes que pensar que los recursos son limitados y sobre todo en un momento como el actual donde la crisis económica es importante. Si tú dijeras:

«bueno, yo tengo un dinero a mi disposición y utilizo lo mejor para el paciente», todo el mundo tan contento, pero ese dinero va a desaparecer de otros programas, o de otras instituciones prioritarias. Estoy de acuerdo contigo como médico, pero nosotros, como profesionales, tenemos que darnos cuenta de que creamos un gasto económico, que los presupuestos son limitados, y que el hecho de hacer una actividad profesional significa que automáticamente se deja de hacer otra actividad sanitaria y/o social. De eso debemos ser muy conscientes, porque nosotros mismos tenemos que darnos cuenta de las prioridades sanitarias.

S. ERILL: Me he referido hace un momento a que nadie había sido invitado aquí en representación de nada y es porque había desde el principio, el deseo de hacer una reunión para discusión técnica, en la que se presentarían realidades, proyectos, inquietudes, etc., pero en ningún momento se pretendía hacer una reunión política.

Ahora bien, es evidente, y el Dr. Sarabia ha sido uno de los que lo han expresado entre otras muchas intervenciones, que lo que se ha dicho aquí interesa a las autoridades sanitarias, interesa a nivel central, interesa a nivel regional, y este hecho no puede pasar desapercibido. Creo que la forma ideal de transmitir las conclusiones, las discusiones, etc., en suma, el contenido de la reunión, es hacerles llegar lo que va a ser la monografía número uno de la serie de monografías de la Fundación Dr. Antonio Esteve.

En nombre de la Fundación Dr. Antonio Esteve quiero expresar el agradecimiento hacia todos los que han participado, porque creo que han contribuido a que el hospital de día, y particularmente la vertiente terapéutica del hospital de día, haya tenido en la mente de todos nosotros y probablemente dentro de poco en la mente de aquellos que tienen poder, una trascendencia mayor que la que tenía justo ayer. Muchas gracias.