UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

MAESTRÍA EN GERENCIA Y ADMINISTRACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD

COMPORTAMIENTO SANITARIO DE PACIENTES CON DIABETES TIPO I.

HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTISIMA TRINIDAD DE CÓRDOBA.
ENERO 2010 – DICIEMBRE 2011

Cra Dina María Sandrin

Director de Tesis Sr. Mgter Rubén Castro Toschi

CÓRDOBA, Mayo 2015

TRIBUNAL DE TESIS

Prof. Dr Leandro DIONISIO

Prof. Dr. Juan Carlos ESTARIO

Mgter. Nuri Beatriz GASPIO

A Marcos y Lucas

AGRADECIMIENTOS

Mgter. Susana Rivolta, Jefa de Dpto de Diagnóstico, Hospital de Niños de la Sma Trinidad.

Dr. Hector De Uriarte, Director Hospital de Niños de la Sma Trinidad, período 2007-2010.

Dra. Marta Molinero de Rópolo, Jefa de Sección Diabetes, Hospital de Niños de la Sma Trinidad.

Dra. María Paula Paz Povedano, Sección Diabetes, Hospital de Niños de la Sma Trinidad.

Eva Sena, enfermería Sección Diabetes, Hospital de Niños de la Sma Trinidad.

Lic Ana Cristina Ulloa, Supervisora de enfermería, Unidad de Terapia Intensiva, Hospital de Niños de la Sma Trinidad.

Lic Susana Osman, Supervisora de enfermería, Unidad de Cuidados Intermedios, Hospital de Niños de la Sma Trinidad.

Dra Susana Elizabeth De Grandis, Jefa de Sala de Internación Pediátrica 100, Hospital de Niños de la Sma Trinidad.

Cr Fernando Qüerio, Jefe de Servicio de Administración, Hospital de Niños de la Sma Trinidad.

Tec Natalia Estevez, encargada de compras, Servicio de Administración Hospital de Niños de la Sma Trinidad.

Dr Jaime Mazal, Diplomado en Salud Pública.

Lic Cristina Biassoni de Serra, Investigadora del CONICET.

Art. 23 – Ordenanza Rectoral 03/77

"La Facultad de Ciencias Médicas no se hace solidaria con las opiniones de esta tesis"

ÍNDICE

Pág.

Resumen 9

Summary 10

Introducción 11

Marco Teórico 13

- Patologías Crónicas 13
- Características e identificación 13
- Vivir con una enfermedad crónica 14
- El niño hospitalizado 15
- Diabetes 18
- Gestión Hospitalaria 23
- Gestión de enfermedades 24
- Hospitalizaciones prevenibles 29
- Economía en salud 30
- Estadísticas, clave contra enfermedades crónicas 32
- Información inadecuada 33
- Riesgos conocidos 33
- Más vale prevenir que curar 34

Objetivos 37

Objetivo de la investigación

- Objetivo General de la Investigación
- Objetivos Específicos

Material y Métodos 38

- Población
- Técnica e instrumento de recolección de datos
- Presentación, análisis e interpretación de datos
- Factores de inclusión
- Factores de exclusión

Resultados de Tablas y Gráficos 44

Discusión y Análisis de Resultado de Tablas y Gráficos 54
Conclusiones 61
Referencias Bibliográficas 66
Bibliografía 70
Anexos 74

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tiene por objeto analizar el comportamiento sanitario de pacientes que padecen patologías crónicas en el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad de la Ciudad de Córdoba, y se elige entre estas patologías los pacientes con Diabetes Tipo 1. Para el estudio se utiliza la base de datos proporcionada por el Servicio de Diabetes del Hospital. Se analiza la composición del grupo etario, la localización geográfica de los pacientes, la asistencia a los controles correspondientes, y las internaciones en relación al grado de cumplimiento de dichos controles. Además, y en función de los actores directos intervinientes en la atención de los pacientes internados, se determina el costo de la internación, ya sea tanto en camas críticas como en sala, estableciendo una comparación con el costo del paciente que se atiende por consultorio sin necesitar internación alguna.

El procesamiento de los datos reveló la existencia, en general, de una buena adhesión al tratamiento terapéutico por parte de los pacientes. Ello permite inferir que el vínculo médico-paciente ha sido logrado, dado que, un gran número de ellos a pesar de haber superado la edad pediátrica, continúan asistiendo al Hospital para ser atendidos.

Además, se infiere en la trascendencia de la tarea docente que imparte el equipo de salud a los padres y pacientes, por un lado, y la importancia de la capacidad de captar el mensaje por parte del adulto que acompaña al menor, ya que existe una total dependencia del niño al momento de concurrir a la consulta, y ser consecuente con el tratamiento terapéutico.

En este último caso, se observa una adecuada disposición de las familias en acompañar y contener a los niños que transitan en esta patología.

Tal panorama general conduce a la conclusión de la importancia de la educación que se imparte en el hogar como así también en el aula, considerados fundamentos básicos para la toma de decisiones adecuadas para la adopción de comportamientos saludables que conlleven a una buena calidad de vida.

SUMMARY

This research aims to analyze health outcomes of hospitalized patients with chronic pathologies in the Hospital de Niños de la Santísima Trinidad de la Provincia of Córdoba. For the completion of this study the Diabetes Service has provided the database. Composition of the age group, geographical location of patients, attendance to the corresponding controls, and hospital admissions in relation to the degree of compliance with the controls are analyzed.

Depending on the participants in the care of inpatients, the cost of hospitalization both in critical cases, and in general wards is determined, and it is compared to the cases of outpatients.

Data processing revealed the existence of a good therapy compliance, which allows to infer that physician-patient relationship has been successful, since a large number of patients, despite having surpassed pediatric age, continue to attend the Hospital.

The importance of the teaching task to parents and patients carried forward by the health team, and the importance of the ability to grasp the message by the adult accompanying the child, can also be inferred, especially bearing in mind the total reliance of the child at the time of going to consultation and the fact of being consistent with therapeutic treatment.

In this latter case, a suitable family predisposition is observed when accompanying and holding children under this pathology.

This overview leads to remark the importance education should have, both at home and in the classroom, certainly considered as the basis for proper decision making when it comes to adopting healthy behaviors leading to a good quality of life.

INTRODUCCIÓN

El Hospital de Niños de la Santísima Trinidad nació por una iniciativa del Profesor Doctor José Antonio Ortiz y Herrera quien, siendo decano de la Facultad de Ciencias Médicas, elevó en el año 1892 su sugerencia a la Sociedad de Beneficencia de Córdoba, entidad encargada por orden del Gobierno de la Provincia, de administrar los hospitales provinciales. Desde el inicio fue fundamentalmente un hospital quirúrgico, con una disponibilidad de veinte unidades para internación, siendo su primer director el Doctor Jerónimo del Barco. Al poco tiempo fue incorporada la Cátedra de Pediatría de la Universidad Nacional de Córdoba. El Hospital se afianzó en terrenos donados a la Provincia entre las calles Entre Ríos, Balcarce, Corrientes y Reconquista, donde funcionó durante un siglo. A mitad de siglo comenzó a depender del Gobierno de la Provincia, donde creció en complejidad y aumentó el número de servicios, desarrollo de todas las especialidades y sub-especialidades en Pediatría.

Como consecuencia de la evolución de la medicina en general y de la pediatría en particular; de la necesidad de un mayor y moderno espacio físico, y ante la intervención permanente sobre la infraestructura actual, surgió la exigencia de un nuevo Hospital de Niños; el mismo, inaugurado el 6 de agosto de 2000, con un moderno diseño edilicio, continúa ofreciendo a la comunidad el mismo principio de la sociedad que nuclea a todos los pediatras del país: "por un niño sano en un mundo mejor"[1].

Actualmente cuenta con doscientas cincuenta y cuatro camas de las cuales cuarenta y seis son camas críticas (UTI – UCI), además diez camas frías en el Servicio de Guardia, diez camas en Hospital de Día, ocho sillones para tratamientos oncológicos ambulatorios, cuatro sillones de hemodiálisis en el Servicio de Nefrología, un centro quirúrgico con siete quirófanos: seis para uso de cirugías general y de alta complejidad y uno para quemados [2].

Acorde a la **Misión Institucional**, el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad está conformado por recursos humanos y tecnológicos necesarios para desarrollar la actividad asistencial en pacientes pediátricos de los tres tipos de complejidad.

En función de ello, es necesario contar con una actualización permanente de dichos recursos, acorde con la demanda creciente que se observa en los últimos tiempos. Ello obliga a generar una dinámica especial e innovadora en la atención de pacientes, tanto internados como ambulatorios, exigiendo una mejor gestión y utilización de los recursos, que sean el motor de cambio para lograr la asistencia eficiente y efectiva.

Hoy en día cumple con actividad docente, fundamental para el crecimiento intelectual de los profesionales y la investigación, mediante convenio con la Universidad Nacional de Córdoba, a través de las Cátedras de Pediatría y Traumatología de la Faculta de Ciencias Médicas, y con la Universidad Católica de Córdoba a través de la Cátedra de Pediatría.

Visión Institucional: El Hospital de Niños tiene el más alto nivel de complejidad de la Provincia de Córdoba y Zona Centro y Noroeste del país, a fin de la mejor utilización de los recursos debe organizar programas que regulen la demanda de la población infantil, para dar preferencia a la patología crónica y compleja [3].

Dentro de las patologías crónicas que se atienden en el Hospital, se elige como tema de ésta investigación el comportamiento sanitario de pacientes con diabetes Tipo I.

Motiva la elección del tema, la importancia de conocer el comportamiento de pacientes que padecen ésta patología, dado que el adecuado seguimiento permitiría evitar, a través de la prevención, el mayor gasto sanitario que surge de las internaciones prevenibles; además,

optimizar los programas de difusión permitiendo una mayor información al paciente y su familia, con el objeto de mejorar su calidad de vida, dado que la cronicidad de la patología influye en el comportamiento del enfermo en desmedro de su salud, aumentando la demanda de servicios.

Mediante la atención de las enfermedades prevalentes se busca mantener al paciente estable, con capacidad ambulatoria e integrado a su hábitat.

MARCO TEÓRICO

Patologías crónicas

Características e identificación

Las enfermedades crónicas, consideradas una epidemia mundial, son una de la causas del empobrecimiento de la población que las padece, además de perjudicar el desarrollo económico en muchos países. Alrededor del 80% de muertes debidas a éstas enfermedades ocurren en países de ingresos bajos y medianos, donde vive la mayoría de la población del mundo, por lo cual, si no se toman medidas tendientes a prevenirlas y controlarlas, el incremento de defunciones será el 17% entre 2006 y 2015, según informe de la OMS [4].

La palabra "crónico" proviene del término griego chronos, que significa tiempo; por lo cual, las enfermedades crónicas traen problemas de salud de larga duración.

Estas enfermedades comparten varias características:

- Origen asociado con el estilo de vida.
- Evolución progresiva a través del tiempo.
- Muchas veces su primera manifestación corresponde a la agudización de alguno de los problemas que las acompañan.
- Actúan como condicionantes o favorecedoras de otras.

Entre las enfermedades crónicas no transmisibles, se encuentran: obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares y cerebro-vasculares, hipertensión arterial, cáncer y problemas articulares.

A pesar de que los síntomas de una enfermedad crónica pueden desaparecer con los cuidados médicos, generalmente la persona sigue padeciendo la enfermedad subyacente, aunque los tratamientos que recibe pueden implicar que se sienta sano y se encuentre bien gran parte del tiempo.

Cada enfermedad crónica tiene sus propios síntomas, tratamiento y evolución. Son enfermedades que no sólo afectan físicamente, sino también emocional, social, e incluso económicamente. Esto depende de la enfermedad en particular, y cómo repercute sobre su cuerpo, la gravedad de la misma y el tipo de tratamientos que requiere. Aceptar y adaptarse a la realidad de padecer éste tipo de enfermedad requiere tiempo.

Relativizar las cosas. Mantener las amistades, las aficiones y las rutinas cotidianas ayuda mucho.

Vivir con una enfermedad crónica

Convivir con una patología crónica es diferente si el paciente es niño a si es adolescente. En el primer caso, luego de aceptarla se aprende a convivir con ella. Cuando el paciente llega a la adolescencia, la preocupación por la imagen corporal y la necesidad de parecerse a sus congéneres hace que la carga de la enfermedad sea mayor. El deseo de llevar una vida normal como el resto de las personas lleva al paciente a cuestionar la necesidad de continuar con el tratamiento.

Estos pacientes establecen vínculos que pueden acercarlos a sus médicos y enriquecer su intercambio en forma perdurable. La habilidad del

médico consistirá en obtener la confianza sustentable de su paciente, aún cuando no pueda ofrecerle la cura a su mal. Una actitud de respeto, la disponibilidad de tiempo y voluntad para la atención son algunos de los elementos que ayudarán a alcanzar ese objetivo. Mientras que la entrevista es el pilar sobre el que descansa la relación médico-paciente, ésta trasciende el ámbito del consultorio para instalarse como parte de la vida cotidiana de sus actores [5].

El niño hospitalizado

En cuanto al desarrollo de los hospitales pediátricos, el primero conocido en el mundo occidental se construyó en Francia en el siglo XVIII. En Julio de 1795, en plena revolución francesa, el edificio de la Maison Royale de l´Enfant-Jesús, antiguo refugio para mujeres pobres en París, fue refaccionado y habilitado como asilo para huérfanos, funciones que cumplió hasta 1802. Ese año, un decreto emanado del Consejo de Hospitales decidió el traslado de los huérfanos a otra institución parisina y el antiguo edificio se transformó en el Hospital des Enfant Malades destinado exclusivamente a menores de quince años. Desde entonces, en el resto de Europa comenzaron a aparecer importantes hospitales pediátricos, como el Great Ormond Street en Inglaterra (1852) y el Hospital del Niño Jesús de Madrid en España (1878).

La hospitalización pediátrica es muy diferente a la del paciente adulto. No solo difiere en el tipo de patologías, sino que inciden características propias de la edad como la continuidad de la lactancia materna, aspectos afectivos condicionados por la separación parental, angustia por la incomprensión del proceso intrahospitalario, limitación de la actividad física y lúdica.

Desde sus comienzos, la pediatría hospitalaria ha experimentado grandes cambios:

a) Cambios en el perfil epidemiológico**.** El mejor nivel de vida de la población, el descubrimiento de los antibióticos y el desarrollo de las vacunas han permitido una progresiva disminución en la frecuencia y gravedad de las enfermedades infecciosas.

Por otro lado, se asiste al aumento relativo en la prevalencia intrahospitalaria de enfermedades como inmunodeficiencias, trastornos metabólicos y enfermedades auto inmunes, todas ellas complejas y de difícil diagnóstico. Hoy en día, la eficiencia y rapidez con que estas se diagnostican constituyen un indicador de calidad clínico de los servicios pediátricos.

Las enfermedades crónicas, representadas principalmente por síndromes respiratorios, metabólicos, neurológicos y genéticos, han aumentado significativamente su proporción dentro de las salas de hospitalización pediátrica. Al surgir nuevos recursos terapéuticos y de apoyo en los hospitales permite un incremento en la concurrencia de los pacientes a los mismos con el objeto de obtener un control adecuado de sus problemas de salud.

b) Especialización asistencial. Debido a la creciente complejidad y costo de la medicina en general, los hospitales han desarrollado áreas concentrando la atención de algunas patologías específicas.

c) Aumento de los costos. Al haberse incrementado el valor de las prestaciones médicas en pediatría, paralelamente se ha desarrollado una gestión hospitalaria eficiente y dinámica.

d) Reducción de la mortalidad. En sus comienzos, la mortalidad intrahospitalaria pediátrica era elevadísima. En el siglo XIX llegaba al 50%, mientras que a principios del siglo XX se reducía al 25%.

e) Reducción en los tiempos de hospitalización, como consecuencia del desarrollo de los recursos diagnósticos y terapéuticos, la dedicación exclusiva y el gran progreso de la medicina ambulatoria.

f) Cambios en el régimen de hospitalización. La difusión mundial de los "Derechos del Niño Hospitalizado" ayudó a que, en la actualidad no se acepte una hospitalización pediátrica en la que no participe en forma continua al menos uno de los padres.

g) Recursos de apoyo. A esto se agrega la posibilidad de contar con recursos psicopedagógicos "al lado de la cama", así como asesoría de equipos multidisciplinarios (psiquiatras, psicólogos, trabajadoras sociales) de enlace [6].

Según la opinión de Lynch, Lewis y Murphy (1992), debido a que las patologías crónicas van acompañadas con largos períodos de internación, las necesidades educativas en períodos de diagnóstico y tratamiento resultan más heterogéneas, inestables, e impredecibles, pudiendo ser atendidas en el aula ordinaria con ayuda educativa especial, o en otros casos se necesitarán programas específicos de educación.

Estas necesidades educativas especiales son de tres tipos:

1- Las derivadas del diagnóstico y tratamiento de la enfermedad: adherencia a los tratamientos y control de la enfermedad del niño, familia y entorno escolar.
2- Las derivadas de los trastornos emocionales y sociales que produce en los padres y en los niños la adaptación a la enfermedad: apoyo psicológico al niño y a la familia.
3- Las necesidades educativas relacionadas con la currícula escolar para favorecer un adecuado desarrollo cognitivo, motor, afectivo y social del niño [7].

En las últimas décadas, la especial atención educativa de niños enfermos crónicos ha logrado avances importantes, desde el punto de vista pedagógico, como en la implementación de un marco legal necesario. Son buenos ejemplos de ello la formación de la escuela inclusiva, y los programas de atención educativa integrales hospital/escuela (incluyen aulas hospitalarias, atención educativa domiciliaria y programas de preparación para el reingreso e integración en la escuela común).

Esto ocurre en los países desarrollados, siendo una práctica no generalizada en los países en proceso de desarrollo.

Los avances en los tratamientos médicos han logrado que muchos niños, considerados en tiempos pasados enfermos terminales, pasen a ser enfermos crónicos y con posibilidades de curación (cáncer, cardiopatías congénitas, diabetes, HIV, etc.) [8].

Diabetes

La diabetes es una afección crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre.

El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre) que con el tiempo daña muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos.

-La diabetes tipo 1 (también llamada insulinodependiente o juvenil o de inicio en la infancia) se caracteriza por una producción deficiente de insulina y requiere la administración diaria de la misma.

-La diabetes tipo 2 (llamada anteriormente no insulinodependiente o del adulto) tiene su origen en la incapacidad del cuerpo para utilizar

eficazmente la insulina, lo que a menudo es consecuencia del exceso de peso o la inactividad física.

-La diabetes gestacional corresponde a una hiperglicemia que se detecta por primera vez durante el embarazo [9].

En el mundo se estima que 371 millones de personas tienen diabetes pero la mitad desconoce su condición según la Federación Internacional de Diabetes (año 2013). En América, un 10% de la población adulta tiene diabetes pero se calcula que el 44% no lo sabe [10].

A lo largo de los años, la OPS ha creado campañas a través de medios de comunicación, con el fin de informar y educar a los países de América sobre varias iniciativas de salud [11].

En cuanto a la diabetes tipo 1, se desconoce aún la causa y no se puede prevenir con el conocimiento actual.

Síntomas: excesiva orina, sed, hambre constante, pérdida de peso, trastornos visuales, cansancio [12].

Exige de una monitorización y un control permanente. Entre las complicaciones y riesgos más graves se encuentran las enfermedades cardiovasculares, enfermedad renal, enfermedad vascular y neuropática, enfermedad visual.

Es una enfermedad que tiene un gran impacto en los niños y sus familias debido a que su rutina se ve alterada por la necesidad de monitorizar los niveles de azúcar en sangre, tomar su medicación y de equilibrar los efectos de la actividad y la alimentación. Puede interferir con las tareas normales de desarrollo de la infancia y la adolescencia, lo que

está directamente vinculado con el éxito de la educación y la transición hacia la edad adulta.

Es por ello que éstos pacientes deberían ser atendidos por un equipo multidisciplinario bien familiarizado con los aspectos pediátricos [13].

El sobrepeso y la obesidad están afectando cada vez más a los niños y adolescentes, razón por la cual se ha incrementado el número de niños con diagnóstico de diabetes tipo 2, enfermedad hasta ahora que se había identificado con los adultos. Está demostrado que la diabetes tipo 2 puede ser prevenida al reducir el peso corporal a través de la actividad física y una dieta saludable.

El riesgo de mortalidad prematura y algunas complicaciones de la diabetes tipo 1 y 2 se puede disminuir al mejorar el control glicémico, con una dieta adecuada y el incremento de actividad física [14].

Para el Dr. Jorge Waitman, Jefe de Servicio de Diabetes del Hospital Córdoba y Coordinador del Programa ProCorDia, la diabetes es una enfermedad hereditaria. Sobre ésta herencia actúan factores desencadenantes muy importantes, como una alimentación pobre en fibras y rica en grasas saturadas, el sobrepeso o la obesidad, el sedentarismo o estrés por situaciones laborales, económicas o sociales. Además indica que la diabetes es una pandemia, dado que es una enfermedad que se extiende a varias regiones geográficas de muchos continentes o del mundo. Afecta a 371.000.000 de personas en todo el mundo con una proyección hacia 2030 de más de 500.000.000 según la Federación Internacional de la Diabetes.

Además, 4 de cada 5 personas con diabetes viven en países con bajos y medianos ingresos. De los 3600 millones de adultos que viven en países de ingresos medios y bajos (año 2011), 291 millones tienen diabetes. En los países de ingresos altos la cifra asciende a 75 millones. El mayor

aumento del número de personas diabéticas en los próximos 20 años tendrá lugar en los países de ingresos medios y bajos, como consecuencia del incremento de la población adulta (las personas viven más años) y por el cambio de comportamiento asociado a la urbanización, crecimiento rápido y al desarrollo.

Entre los cambios de comportamiento se encuentra la disminución de la actividad física, cambio en la dieta (incremento de ingesta de calorías) y obesidad. En cuanto a la muerte por diabetes, es mayor en los países de ingresos bajos en comparación con los de ingresos altos. El índice de mortalidad comparativa (20-79 años) en países de ingresos altos (0.51 por 1000 adultos) es menos de la mitad que la de los países de ingresos bajos y medios (1.22 por 1000 adultos) [15].

Cuando hablamos de comportamiento sanitario en pacientes que padecen patologías crónicas, nos referimos al volumen de pacientes, la asistencia a los controles, la cantidad de internaciones y los costos.

El comportamiento sanitario está relacionado con el nivel de adherencia al tratamiento médico de larga duración. La adherencia terapéutica es parte del comportamiento humano referido a la salud y se manifiesta en la responsabilidad que los individuos le dan al cuidado y mantenimiento de la misma. Los pacientes, deben ser socios activos de los profesionales de la salud en el proceso de atención, considerando como válida la hipótesis de que los resultados de una comunicación interactiva entre ambos, deben conducir a lograr mejores niveles de adhesión. El nivel de adherencia repercute en aspectos como la calidad de atención, el uso racional de recursos y servicios sanitarios, el cuadro de salud de la población y la calidad de vida del paciente [16].

Según el análisis realizado por la OMS en el año 2004; la diabetes es un problema mundial que se presenta con independencia del nivel de

desarrollo de cada país y de alarmante magnitud, sobre todo en las regiones más pobres.

En los países desarrollados la adherencia terapéutica en pacientes que padecen enfermedades crónicas es sólo el 50% y se supone que esta deficiencia sea aún mayor en países en desarrollo, dada la escasez de recursos y las iniquidades en el acceso a la atención sanitaria. O sea que, si sólo la mitad de las personas que padecen patologías crónicas realizan correctamente el tratamiento indicado, la otra mitad se encuentra en riesgo de sufrir recaídas, complicaciones, secuelas o llegar a la muerte prematura. Esta situación provoca consecuencias médicas o clínicas, económicas y psicosociales [17].

La promoción de la salud es un concepto que se ha diferenciado de la educación sanitaria y que ha tomado mayor auge especialmente a partir de la Carta de Ottawa emanada de la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud celebrada en 1986 bajo el auspicio de la OMS, e introduce nuevos enfoques y estrategias para alcanzar la meta de salud para todos. Bajo estos enfoques, los prerrequisitos para la salud y el desarrollo social son la paz y la justicia social; la alimentación adecuada; el acceso al agua inocua; la educación y la vivienda decente; un papel útil en la sociedad y un ingreso adecuado; la conservación de los recursos y la protección del ecosistema. Se enfatiza que alcanzar estos objetivos sólo será posible con voluntad y compromiso políticos, y con una colaboración entre todos los sectores de la sociedad [18].

En nuestro país, con el marco de la Ley Nacional nº 23753/89, Decreto Reglamentario nº 1271/98 se creó el Programa Nacional de Diabetes (PRONADIA) [19] y, en el ámbito provincial, mediante la ley nº 8785 surge el Programa Córdoba Diabetes (PROCORDIA) [20].

Este programa nace de la necesidad de conocer la magnitud de la patología en el ámbito público, considerando el incremento de la misma y el elevado número de pacientes sin posibilidades de acceder a un tratamiento efectivo y continuo; teniendo en cuenta que la mayoría de los pacientes que poseen los factores de riesgo para desarrollarla, desconocen ésta situación y no reciben la información sanitaria tendiente a iniciar la prevención para retardar la aparición de la enfermedad.

Gestión Hospitalaria

En la antigüedad, 4000 años AC, las religiones habían identificado a algunas de sus deidades con capacidades curativas, y utilizaron los templos como centros de curación. Hacia los años 100 AC, se establecieron los hospitales romanos para el tratamiento de sus soldados enfermos o heridos. Con el paso de los años, los hospitales medievales en Europa fueron financiados por las comunidades religiosas, con la atención prestada por monjes y monjas. Algunos eran multifuncionales mientras que otros fueron fundados para fines específicos tales como hospitales de leprosos, o como refugio para los pobres o para los peregrinos, no sólo para los cuidados de los enfermos.

Desde el siglo XV el hospital medieval presentó una separación entre la institución dedicada a la asistencia de los enfermos y los albergues para pobres, ambas bajo responsabilidad de la comunidad y no de la Iglesia.

A partir del siglo XVIII los hospitales fueron centros de renovaciones gerenciales al abrir sus puertas a estudiantes y profesionales no-residentes con un énfasis en la opinión multidisciplinaria para el diagnóstico y tratamiento efectivo de la enfermedad [21].

Posteriormente, las estructuras organizativas se desarrollaron a partir de las técnicas de Taylor (siglo XIX), centradas en la definición y evaluación de los puestos de trabajo, enmarcados en un organigrama jerárquico.

Taylor elaboró un sistema de organización racional del trabajo que fue conocido como taylorismo. Se basa en la aplicación del método científico al estudio de la relación entre el obrero y las técnicas modernas de producción industrial, con el fin de maximizar la eficiencia de la mano de obra, maquinarias y herramientas, mediante la división sistemática de las tareas, la organización racional del trabajo en sus secuencias y procesos, y el cronometraje de las operaciones, más un sistema de motivación mediante el pago de primas de rendimiento, suprimiendo toda improvisación en la actividad industrial [22].

Se basó en cuatro principios: 1) establecer la ciencia en cada parte del trabajo del individuo que reemplace el antiguo método de “hacerlo a ojo”. 2) escoger científicamente al trabajador, capacitarlo y desarrollarlo; 3) cooperar entusiastamente con los trabajadores para asegurarse de que todo del trabajo se realice de acuerdo a los principios de la ciencia que se desarrolló; 4) dividir el trabajo y la responsabilidad entre la gerencia y los trabajadores [23].

La visión vertical funcional presta atención a la estructura jerárquica, la división de tareas y la consecuente especialización; esta estructura se puede observar en organigramas de acuerdo a las necesidades de las mismas.

Posteriormente, surge la visión horizontal de la organización, a través de la cual se observa los procesos o secuencias de actividades que conducen a la generación del producto o servicio. Esta secuencia de actividades van atravesando las distintas divisiones funcionales que se observan en el organigrama y que participan, según sus funciones, en el proceso [24].

Los modelos actuales de gestión incluyen como requisito la gestión de los procesos. La palabra proceso significa avance y progreso. Un proceso comprende una serie de actividades realizadas por diferentes departamentos o servicios de la Institución Sanitaria, que añaden valor y que ofrecen un servicio a su cliente, ya sea cliente interno (otro servicio) o externo (paciente/acompañante).

Este sistema de gestión es una forma de organización diferente de la clásica organización funcional, en la que prima la visión del cliente sobre las actividades de la organización. Prima la visión horizontal donde la coordinación de la actuación de los diferentes departamentos o servicios juegan un papel destacado. La dificultades que presenta éste modelo de gestión se debe a que las actividades sanitarias están sometidas a una gran variabilidad y están regidas por personas con formaciones y criterios dispares que condicionan cada proceso con sus decisiones. La organización de los centros sanitarios en compartimientos funcionales estancos entorpece la fluidez de las actividades que conforman el proceso [25].

En la función de gestión de la empresa de salud, se pueden reconocer dos etapas: una de naturaleza intelectual (planificar y organizar) y otra de naturaleza ejecutiva (dirigir y controlar), conectadas entre sí para facilitar la administración de los servicios sanitarios proporcionados por los diferentes profesionales que la componen.

El proceso productivo de la empresa de salud consiste en la producción de servicios que, utilizando unos medios estructurales, elaboran productos con valor para los clientes. Dichos productos en función del momento en los que se puedan identificar, pueden ser intermedios o finales [26].

La finalidad del proceso es conseguir resultados que coincidan con los objetivos previstos. Esto significa que el proceso debe ser:

a) definible, debe tener una secuencia de actividades, métodos para realizarlas, plan de inspección, control de calidad.

b) reproducible.

c) predecible en cuanto a resultados finales. Se obtiene así una visión integradora de la gestión en la que intervienen profesionales de distintos servicios que necesitan estar coordinados. Se tiene en cuenta el cliente o paciente, el flujo de actividades o procesos y el resultado final.

Se busca optimizar cada una de las actividades que componen dicho proceso [27]

Gestión de enfermedades

En 1970, se desarrolla en la Universidad de Yale un sistema de clasificación de los pacientes, a través del cual, se los agrupa en función de la causa de su hospitalización, permitiendo así determinar el costo que representó su asistencia. Esta clasificación de los pacientes se denominó Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD). Una de las debilidades de los grupos relacionados por el diagnóstico es que no permite medir el grado de complejidad o gravedad de los pacientes aún dentro del mismo grupo etiológico, por lo tanto, la mayor o menor actuación asistencial y su demanda de recursos.

Hasta 1980 se estructuraban los planes de Atención Médica en base al enfermo. Posteriormente, algunos sanitaristas propusieron que, dada la diversidad de casos, resultaba más práctico y económico separar la programación de ciertas patologías de las enfermedades comunes y adjudicarles un programa propio para aquellas de mayor incidencia morbígena.

La atención de las enfermedades prevalentes constituye una aproximación a la búsqueda de un tipo de atención médica extensiva a todas las alternancias de esas patologías, mediante la conducción de profesionales altamente especializados, secundados por personal entrenado en cada una de ellas. Estos equipos orientan sus esfuerzos buscando mantener a los pacientes estables, con capacidad ambulatoria e integrados a su hábitat [28].

Gestión de enfermedades o disease Management, es un término que surge en los Estados Unidos en 1993 del grupo de consultores Boston Consulting Group, y se define como "un proceso de optimización de la provisión de cuidados mediante la coordinación de recursos a lo largo de todo el sistema de salud, durante todo el ciclo de vida de la enfermedad, basado en la evidencia científica y orientado a mejorar la calidad y los resultados (clínicos, económicos, calidad de vida y satisfacción de usuarios y profesionales) al menor costo posible". Es un proceso de transformación estratégica de la organización sanitaria, de la forma de prestar servicios y de obtener resultados.

El objeto fundamental de los programas de gestión de enfermedades es contener los costos a largo plazo del sistema sanitario, mejorando la eficiencia del mismo y manteniendo un nivel de calidad de la asistencia aceptable. Es decir se busca retrasar la aparición de la enfermedad como también minimizar los efectos de ella. Esto implica una disminución de la demanda y del uso de servicios a mediano y largo plazo y una reducción de los costos.

Para ello es necesario el respaldo en la investigación de resultados y la medicina basada en la evidencia; consiste en pasar de un sistema basado y orientado en la resolución de demandas y patologías agudas a un sistema basado en la prevención de la demanda y la gestión de patologías y condiciones crónicas.

Surgen así como protagonistas del sistema la prevención, la educación para la salud, la autogestión de cuidados, los sistemas expertos para la detección de riesgos, interacciones o efectos secundarios, los sistemas de información integrales e integrados o la rehabilitación.

La gestión de enfermedades abarca tres elementos fundamentales:

- Base de conocimiento: cuantifica la estructura económica de una enfermedad e incluye pautas que cubren el cuidado a ser proporcionado, estableciendo por quién y en qué lugar, para cada parte del proceso. Este componente se basa en múltiples disciplinas y técnicas afines: medicina basada en la evidencia, movimiento de investigación de resultados, guías y vías clínicas, protocolos, evaluación de tecnologías sanitarias, análisis económicos y de costos, fármaco-economía, etc.
- Un sistema de provisión de cuidados: centrado en el individuo enfermo y en la continuidad y longitudinalidad de la atención sanitaria sin los límites tradicionales entre las especialidades médicas y las instituciones. O sea basado en la adherencia a los estándares de cuidados (agudos, crónicos y preventivos); la coordinación entre proveedores; el apoyo a los pacientes y a lugares alternativos de atención (domiciliaria, residencias asistidas, hospitales de convalecencia y de cuidados mínimos) y el diseño óptimo del sistema de provisión de cuidados (planes de cuidados, logística).
- Un proceso de mejora continuo: consistente en la aplicación a toda la organización sanitaria de los principios y métodos de la mejora continua de calidad y en la utilización de un sistema sofisticado de información y evaluación que desarrolla y redefine la base del conocimiento, las pautas y el sistema de provisión.

El ciclo se cierra con la redefinición de estándares y la introducción de mejoras en el proceso de atención.

En los estudios publicados en revistas científicas con diseños adecuados, los resultados en general son positivos, habiéndose reducido costos y mejorado los resultados. Esto es especialmente destacable en el área de cardiología, asma y diabetes donde se han observado mejoras en la capacidad funcional y disminución de internaciones, visitas a urgencias y costos médicos.

El Reino Unido es probablemente el país de Europa donde se haya producido un análisis más exhaustivo de la gestión de enfermedades y donde, además se ha generado un amplio debate entre los profesionales médicos y los gestores sobre las ventajas e inconvenientes de su aplicación.

La gestión de enfermedades puede mejorar la provisión de cuidados si sus limitaciones son honestamente reconocidas y tiene el pleno apoyo de médicos y otros profesionales para aumentar la calidad y mejorar los resultados [29].

La atención de personas requiere de una reorientación de los servicios de salud, fortaleciendo el primer nivel de atención. Es una alternativa viable y ha demostrado ser efectiva en los ámbitos donde se ha implementado [30].

Hospitalizaciones prevenibles

En algunos países, el análisis de la casuística de los episodios de hospitalización se ha convertido en una herramienta esencial dentro de las técnicas de evaluación del desempeño de las organizaciones de atención de la salud, como así también entre los analistas de políticas en salud, los responsables en la toma de decisiones clínicas y en la asignación de recursos financieros.

Se debe distinguir entre hospitalizaciones potencialmente prevenibles y no prevenibles. Para ello, se está aplicando el concepto de prevenibilidad para identificar qué proporción de las hospitalizaciones se podría evitar si los pacientes hubieran recibido una atención primaria adecuada. Ello está relacionado con las políticas de salud. Se crea así un indicador cuyo numerador indica el número de episodios de hospitalización potencialmente prevenibles por condiciones sensibles a la atención ambulatoria (ACSCs) y el denominador indica el número total de internaciones.

Este indicador permite, de una manera práctica la evaluación de la calidad de acceso a la atención primaria y ofrece la oportunidad de identificar áreas de decisión apropiadas para contribuir a rediseñar mejores sistemas de atención de la salud, tales que permitan una adecuada disponibilidad de prestadores de atención primaria, accesibilidad a ellos por los usuarios y prácticas de atención primarias que se ajusten a las necesidades de salud poblacional [31].

Economía en Salud

La economía, como ciencia social, estudia la asignación racional de los recursos para atender las necesidades humanas, teniendo en cuenta la producción, distribución, consumo y financiación de bienes y servicios. Es una herramienta útil que ayuda a promover el avance del desarrollo social.

La salud de los individuos en una comunidad es un reflejo del desarrollo económico de esa sociedad a la pertenecen, desde el punto de vista de la capacidad que tienen de acceder de manera eficaz, oportuna, con calidad, eficiencia y equidad a la salud.

De lo expuesto se observa el reto que significa para la economía en salud, poder vencer los obstáculos que evitan que las personas acedan a los servicios de salud de forma adecuada [32].

Por otra parte, la salud es un bien escaso cuya obtención y mantenimiento requiere de trabajo y dinero. Lograrla implica satisfacer

necesidades expresadas en forma de demanda con el costo de oportunidad de renunciar a otros bienes.

Sabemos que la pobreza y la salud están vinculadas, siendo evidente que las personas que carecen de recursos tienen más problemas de salud. En la medida que aumenta el ingreso, la esperanza de vida aumenta y la tasa de mortalidad infantil se reduce. Además, no sólo importa el ingreso absoluto, sino también su distribución en la sociedad, siendo este un factor de gran impacto sobre los indicadores de salud [33].

Nuestro país gasta en salud, de acuerdo a datos del año 2001, el 8% del PBI, cifra nada despreciable, sin embargo los resultados que se obtienen no resultan satisfactorios [34].

Los países desarrollados, no sólo han buscado mejorar la estructura del sistema, contribuir a aumentar la eficiencia en la aplicación del gasto y medir los resultados obtenidos como los costos en que se incurre para alcanzarlos; sino que también han realizado esfuerzos en la capacitación de sus recursos humanos en temas de gestión y de economía de la salud, en investigación en servicios de salud.

Esto permitió alcanzar la posibilidad de disponer de cuadros gerenciales altamente capacitados para la discusión, estudio y evaluación de estos temas y la aplicación de todos sus conocimientos y experiencias en el campo real del funcionamiento de los servicios de salud. Ello les permitió conocer y aplicar las herramientas que el análisis económico y epidemiológico ofrece para visualizar todos los aspectos involucrados en la toma de decisiones y que éstas sean socialmente eficientes.

El desarrollo del conocimiento orientado en éste sentido, le permite: al profesional médico entender que una decisión entre cursos de acción alternativos a los que se enfrenta diariamente cuando atiende a un paciente, no sólo tiene consecuencias en el estado de salud del mismo, sino también económicas. El gerente tener presente que la reducción del gasto “per se”, puede no ser beneficiosa porque puede provocar efectos negativos para la

salud del paciente y de la población; a los órganos de regulación y control evaluar muy precisamente el costo que implica y los beneficios que trae aparejado a la sociedad en su conjunto. Para ello todos los involucrados deben contar con instrumentos metodológicos y herramientas que les permitan evaluar si los resultados justifican los costos que deberá asumir la sociedad en su conjunto [35].

Este año el representante de la OPS/OMS en Argentina; Pier Paolo Balladelli, expresó que la infraestructura hospitalaria comprende todos los centros de salud, desde el primer al tercer nivel de complejidad, donde cada uno tiene un rol a cumplir en relación al acceso universal a la salud.

Además manifestó la importancia de que la población sea involucrada en la gestión con el objeto de realizar aportes desde el punto de vista de la percepción de la comunidad sobre sus necesidades y preferencias como así también, manifestar su cooperación en el mantenimiento y la vigilancia del uso de las estructuras. Estas estructuras deben responder a parámetros de cobertura y funcionalidad de los usuarios, alcanzando el equilibrio entre necesidades y demandas de la población, extensión y tipología de la infraestructura, dotación de equipamientos médicos y recursos profesionales en salud [36].

Estadísticas: clave contra enfermedades crónicas

En muchos países en desarrollo no se cuenta con un adecuado sistema de vigilancia para enfermedades crónicas y sus factores de riesgo, como consecuencia los pronósticos de la OMS (Julio 2008) parten de información limitada, impidiendo el desarrollo de una estrategia mundial que permita el seguimiento de las tendencias de estas enfermedades.

En países de medianos y bajos ingresos, casi la mitad de las personas que mueren a causa de enfermedades crónicas tiene menos de 70 años, siendo que en los países de altos ingresos el porcentaje es del 27%. Pero al aumentar la esperanza de vida y la edad de la población, la cantidad

de muertes por enfermedades no transmisibles aumentará notablemente, y en los próximos 20 años, será la población mayor la que tendrá más peso en la distribución mundial de muertes [37].

Información Inadecuada

Como la metodología utilizada en los distintos países para la medición de enfermedades crónicas no es homogénea, no hay posibilidad de efectuar un seguimiento de las tendencias a lo largo del tiempo, resultando un obstáculo para obtener información adecuada y comparaciones que permitirían la formulación de políticas de salud tendientes a evitar la desigualdad entre países en desarrollo y países desarrollados.

Es prioritario ampliar y mejorar los sistemas de registros de mortalidad así como optimizar los métodos empleados para identificar la causa de muerte. La escasa importancia que le dan muchos países en desarrollo a la prevención de las enfermedades crónicas, se debe en parte, a la falta de datos confiables sobre tasas de mortalidad causadas por tales enfermedades. Los responsables de formular políticas de salud no perciben que las enfermedades crónicas ya explican casi el 75% de las muertes en países de medianos ingresos [37].

Riesgos conocidos

En el caso de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas, sí se dispone de información pormenorizada. La Infobase Mundial de la OMS (año 2008) ha recogido datos de estudios poblacionales respecto de ocho factores de riesgo importantes relacionados con las enfermedades crónicas. Cuatro de los más importantes son:

1. Una dieta poco saludable.
2. Falta de actividad física.

3. Consumo de tabaco.

4. Hipertensión arterial.

Estos factores están empeorando en todo el mundo debido a que las personas consumen cada vez más alimentos ricos en grasas, sal y azúcares, mientras el empleo y las condiciones de vida las empujan al sedentarismo.

La cantidad de personas obesas o con sobrepeso aumentará de los 1.000 millones actuales a 1.500 millones en 2015 si la tendencia se mantiene. Por su parte, el consumo de tabaco también aumenta en los países de medianos y bajos ingresos.

En las últimas décadas, los países de ingresos altos redujeron la mortalidad por enfermedades crónicas, pese a que los niveles de sobrepeso y obesidad y la inactividad física han empeorado. Posiblemente se deba a la disminución del consumo de tabaco, como también a la existencia de un mayor control de la hipertensión y la hipercolesterolemia. Todo esto acompañado con un mejor tratamiento de las enfermedades.

Si el desarrollo económico de los países de medianos y bajos ingresos no se traduce en mejoras similares, la carga de enfermedades no transmisibles podría aumentar aún más rápido de lo que prevé la OMS [37].

Más vale prevenir que curar

Existen estrategias mundiales, como el Convenio Marco para el Control del Tabaco y la Estrategia Mundial sobre Alimentación Saludable, Actividad Física y Salud, ambas de la OMS (diciembre de 2007), orientadas a ayudar a los países en desarrollo a abordar los factores de riesgo clave. Estas estrategias mundiales son un posible marco para el desarrollo y la aplicación de estrategias nacionales de prevención y control de enfermedades crónicas.

A medida que crece la importancia de las enfermedades crónicas en los países en desarrollo, aumenta la responsabilidad de medir las causas de mortalidad y las tendencias de estas enfermedades, y determinar los esfuerzos necesarios para combatirlas. El mundo en desarrollo necesita acrecentar la recopilación de datos primarios de alta calidad, invirtiendo en plataformas informáticas, tanto en aplicaciones como en soporte físico, y también en recursos humanos y sistemas institucionales.

Además, se necesita fortalecer la capacidad internacional para sistematizar la información disponible sobre enfermedades crónicas y mejorar el seguimiento de las tendencias internacionales de mortalidad, incidencia y factores de riesgo [38].

Hasta fines de los años `90, se desconocía casi por completo en qué medida las enfermedades crónicas afectaban a los países pobres. Actualmente, en los países en desarrollo, la falta de políticas y programas de investigación sobre enfermedades crónicas, obedece a dos problemas: a) muchos responsables de formular políticas carecen de una base empírica sólida: aunque la OMS reúne datos mundiales, hay pocas iniciativas locales de recopilación de datos sobre tendencias; y b) tanto en países desarrollados como en desarrollo, los tomadores de decisión conciben los factores de riesgo de las enfermedades crónicas como elecciones relativas al estilo de vida, por lo que dejan a la prevención y a veces al tratamiento fuera de su incumbencia.

Es inminente que la próxima generación de científicos que aborden las enfermedades del mundo en desarrollo, den prioridad al estudio de las patologías crónicas evitando concentrarse únicamente en las enfermedades infecciosas [39].

La necesidad de prever y comprender la relevancia que tienen las enfermedades crónicas, y de intervenir contra ellas, es cada vez más importante, y lo es también el comunicar los conocimientos y la información

más reciente y precisa a los profesionales sanitarios de atención directa y al público en general.

Se observa que la amenaza que suponen las enfermedades crónicas se pueden superar a partir del conocimiento que se tiene, pero por otra parte, para tener éxito, se requiere de una acción amplia e integrada a nivel país dirigida por los gobiernos.

Hay varios errores conceptuales y culturales que han contribuido a que las enfermedades crónicas quedaran relegadas a un segundo plano:

a) Las enfermedades crónicas afectan a los países de altos ingresos.
b) Los países de ingresos bajos y medios deberían controlar las enfermedades infecciosas antes que las crónicas.
c) Las enfermedades crónicas afectan a las personas de altos ingresos.
d) Las enfermedades crónicas afectan principalmente a las personas mayores.
e) Las enfermedades crónicas afectan principalmente a los hombres.
f) Las enfermedades crónicas son el resultado de un modo de vida poco sano y la culpa es del enfermo.
g) Las enfermedades crónicas no se pueden prevenir.
h) La prevención y el control de las enfermedades crónicas son demasiado costosas.
i) A veces el componente verdadero se distorsiona, ya que proceden de un dato cierto:"mi abuelo fumaba y estaba obeso y sin embargo vivió 96 años".
j) De algo nos tenemos que morir [40].

OBJETIVOS

Objetivo general de la investigación

- Caracterizar el comportamiento sanitario de la enfermedad crónica "Diabetes Tipo I" en el Hospital de Niños de la Sma Trinidad de Córdoba.

Objetivos específicos

- Analizar asistencia a control según rango etario
- Determinar porcentaje de pacientes internados.
- Evaluar número de internaciones según el cumplimiento a los controles

MATERIALES Y MÉTODO

La investigación se realiza en el Hospital de Niños de la Sma Trinidad de Córdoba.

Se utiliza la Historia Clínica de los pacientes con diabetes Tipo I como patología de base.

El período que se investigará abarca desde Enero 2010 a Diciembre 2011.

La recolección de datos se realiza mediante análisis documental.

Factores de Inclusión:

Edad

Sexo

Cantidad de pacientes

Asistencia a control

Número de internaciones

Costo

Factores de exclusión:

Pacientes con diabetes tipo 2

Pacientes con diabetes como patología asociada

Pacientes sin diagnóstico

En relación a los costos, se consideran sólo los costos directos.

ANÁLISIS DE LOS COSTOS

Para el cálculo de costos, se consideran los costos directos de:
1) Paciente internado y 2) paciente ambulatorio.

1) Paciente Internado

Para el cálculo del costo directo se considera:

a) mano de obra directa,
b) insumos directos,
c) laboratorio,
d) racionamiento en cocido.

a) Mano de Obra Directa: se incluye el sueldo bruto (aportes y cargas sociales) de médicos y enfermeras que intervienen en la atención de un paciente diabético según el servicio en el que ingrese al Hospital.

Cabe aclarar que los tres Servicios en los que se internan los pacientes según la complejidad que presentan en su patología son:
UTI: Unidad de Terapia Intensiva
UCI: Unidad de Cuidados Intermedios
SIP: Sala de Internación Pediátrica
Internación en UTI: El Hospital de Niños cuenta con un total de 26 camas críticas, de las cuales 18 son camas de internación clínica y 8 son camas de la Unidad Coronaria.

El sueldo bruto de la médica Jefa del Servicio como de la Supervisora de Enfermería se prorratea en las 26 camas.
El sueldo bruto de las dos médicas a cargo de la terapia clínica se prorratea en las 18 camas de internación clínica.
Para el caso de enfermería, en éste Servicio se considera una enfermera para dos camas, por lo cual, el sueldo bruto de la enfermera se divide por dos.

Se suman los tres valores indicados y se determina el valor de mano de obra por cama. A este resultado se lo divide por el número de días obteniendo el valor del día/cama de UTI para Mano de Obra Directa.

Internación en UCI: el total de camas que cuenta el Hospital son 30. Los sueldos brutos de la médica Jefa del Servicio, una médica y la Supervisora de Enfermería se prorratea en las 30 camas.

En el caso de enfermería, en éste Servicio debe considerarse una enfermera cada cuatro camas, por lo tanto se divide el sueldo bruto por cuatro.
Se suman los dos importes indicados y se obtiene el valor de Mano de Obra por cama.

A este resultado se lo divide el número de días obteniendo el valor del día/cama de UCI para Mano de Obra Directa.

Internación en Sala: cada Sala de Internación Pediátrica (SIP) tiene 40 camas.

La suma de sueldos brutos de la Jefa de Sala, un médico y una Supervisora de Enfermería se prorratea en las cuarenta camas.

Para enfermería la relación es una enfermera cada seis camas, por lo tanto, se divide el sueldo bruto de enfermería por seis.

Se suman los dos importes obtenidos y resultando la mano de obra directa por cama. Luego se lo divide por el número de días obteniendo el día/cama de la SIP para Mano de Obra Directa.

b) Insumos directos: se consideró el total de medicamentos y descartables que se suministran a los pacientes diabéticos según el ingreso sea en UTI, UCI o SIP.

Dado que la edad de los pacientes abarca entre los 30 días de vida y 14 años, con un peso entre 3 kg y 70 kg, se tomó el peso promedio, considerando el peso del mayor número de pacientes que ingresan con la patología en estudio.

Para valorizar los insumos se considera los precios obtenidos en la compulsa de precios realizada por la Administración del Hospital de Niños para la compra de medicamentos, la compulsa de precios para la compra de descartables y la compulsa cuyo destino es la compra de Reactivos de Laboratorio.

En los descartables, se tuvo en cuenta aquellos que no tienen recambio durante un período de tiempo, para considerar sólo el utilizado.

El mayor consumo de medicamentos y descartables se produce en UTI, disminuyendo considerablemente en UCI y en SIP.

c)Laboratorio: se trabajó sobre un listado de estudios bioquímicos que se realizan a pacientes que debutan en la patología, además, los que se practican a pacientes internados en UTI, UCI por día, y los que se realizan al paciente por día en SIP.

El valor de cada estudio se obtuvo de multiplicar el valor NBU (Nomenclador Bioquímico Único) por un coeficiente según es la práctica en los laboratorios

privados. El NBU incluye los insumos y los honorarios del personal interviniente.

El valor de compra de los reactivos coincide con los que se abona en el sector privado.

Se eligió esta metodología de cálculo debido a que el Hospital de Niños no cuenta con costeo por Servicios.

d) Racionamiento en Cocido: en UTI los pacientes se alimentan en forma enteral o parenteral. No consumen las raciones de cocina.
Para UCI se consideró el precio de la ración de desayuno, merienda, almuerzo, cena que consumen los pacientes diabéticos y tres colaciones diarias.

Para SIP, el precio de la ración de desayuno, almuerzo, merienda, cena y tres colaciones diarias.
El valor de las raciones surge de la licitación efectuada por el Ministerio de Salud para suministrar el Servicio de Racionamiento en Cocido al Hospital de Niños.

Al analizar el costo de un paciente internado se observa que el monto está formado principalmente por el costo de insumos directos y el costo de laboratorio. En éste último caso, el valor más representativo está dado por los estudios del paciente que debuta en la patología.

2) Paciente Ambulatorio

Para el cálculo del costo se considera:

a) Mano de Obra Directa
b) Insumos
c) Laboratorio

a) Mano de Obra Directa: Se considera del sueldo bruto de la Jefa del Servicio, una médica especialista y una enfermera. La suma de los sueldos brutos se divide por 20 días hábiles del mes.
Al Importe así obtenido se lo divide por 7 que es la carga horaria de los profesionales antes indicados. Surge así el valor por hora de la mano de obra. Considerando que se atiende a tres pacientes por hora se determina el valor de mano de obra por paciente ambulatorio.

b) Insumos: se suman los medicamentos y descartables que se entregan a los pacientes por mes.

c) Laboratorio: se considera los estudios que se efectúan a los pacientes ambulatorios por año. A éste valor se lo divide por 12 meses para poder sumarlo al de los puntos a) y b).

Se determina así el costo directo de atención del paciente ambulatorio.
Este costo directo resulta insignificante relacionándolo con el costo directo del paciente internado, en cualquiera de los Servicios del Hospital.

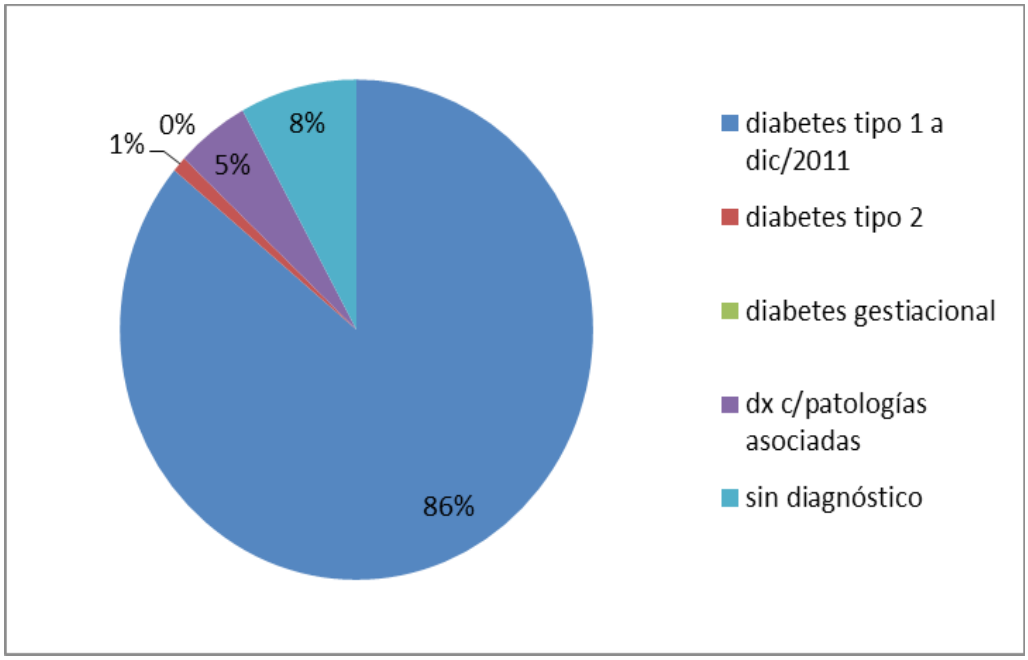
RESULTADOS DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla Nº1:
Número total de pacientes según tipo de Diabetes

Listado original		%
diabetes tipo 1 a dic/2011	254	86
diabetes tipo 2	4	1
diabetes gestacional	1	0
dx c/patologías asociadas	15	5
sin diagnóstico	23	8
TOTAL	**297**	**100**

Fuente: base de datos Servicio de Diabetes- Hospital de Niños, Enero 2010-Diciembre 2011

Gráfico Nº1:
Número total de pacientes según tipo de Diabetes



Fuente: base de datos Servicio de Diabetes- Hospital de Niños, Enero 2010-Diciembre 2011

Tabla Nº 2:
Pacientes con Diabetes Tipo I según edad

Edad al 2011	Cantidad de Pacientes	%
0-4 años	20	8
5-9 años	68	27
10-14 años	110	43
más de 15 años	56	22
TOTAL	**254**	**100**

Fuente: base de datos Servicio de Diabetes- Hospital de Niños, Enero 2010-Diciembre 2011

Gráfico Nº 2:
Pacientes con Diabetes Tipo I según edad

Fuente: base de datos Servicio de Diabetes- Hospital de Niños, Enero 2010-Diciembre 2011

Tabla Nº 3
Porcentaje de pacientes con Diabetes Tipo I según sexo

Sexo	Cantidad de Pacientes	%
Femenino	125	49
Masculino	129	51
TOTAL	**254**	**100**

Fuente: base de datos Servicio de Diabetes- Hospital de Niños, Enero 2010-Diciembre 2011

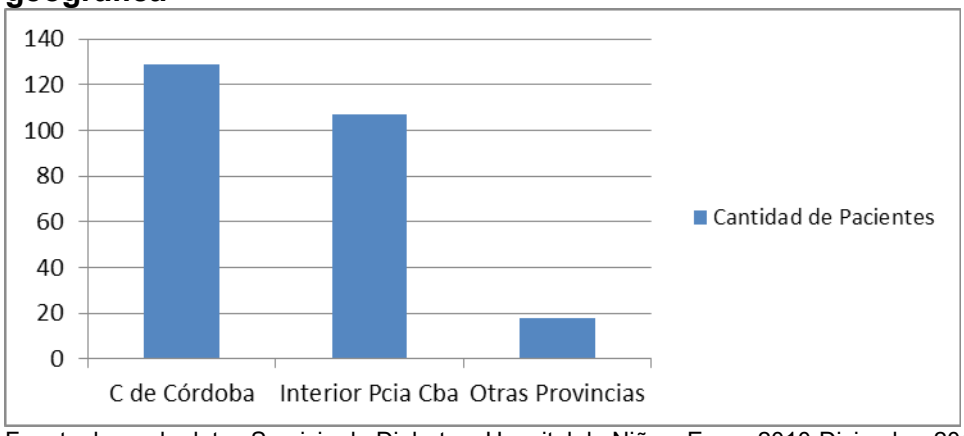
Tabla Nº 4:
Número total de pacientes con Diabetes Tipo I según su distribución geográfica

pacientes según su localización	Cantidad de Pacientes	%
Ciudad de Córdoba	129	51
Interior Pcia Cba	107	42
Otras Provincias	18	7

TOTAL	**254**	**100**

Fuente: base de datos Servicio de Diabetes- Hospital de Niños, Enero 2010-Diciembre 2011

Gráfico Nº 3:
Número total de pacientes con Diabetes Tipo I según su distribución geográfica



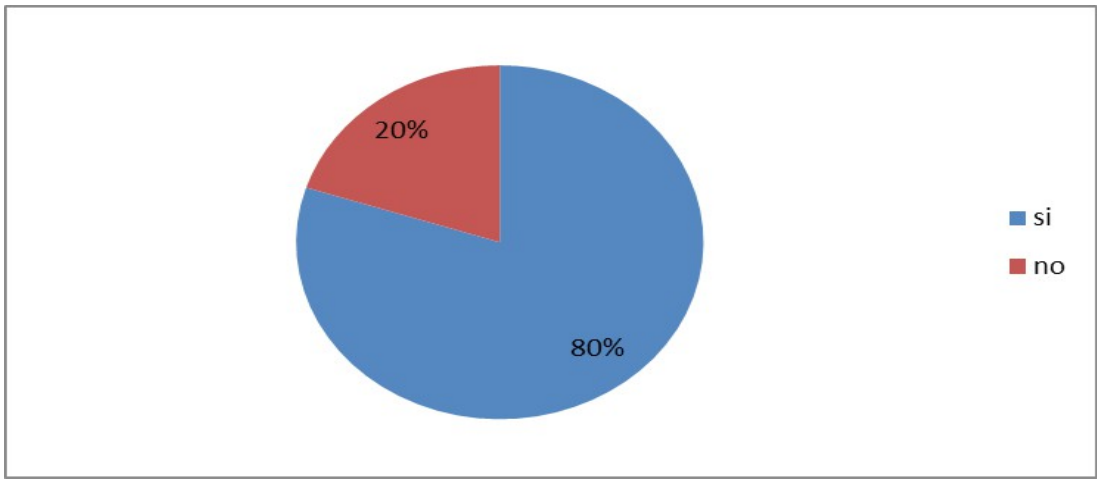
Fuente: base de datos Servicio de Diabetes- Hospital de Niños, Enero 2010-Diciembre 2011

Tabla Nº 5:
Porcentaje de asistencia a control

Asistencia a control	**Cantidad de Pacientes**	**%**
si	202	80
no	52	20
TOTAL	**254**	**100**

Fuente: base de datos Servicio de Diabetes- Hospital de Niños, Enero 2010-Diciembre 2011

Gráfico Nº 4:
Porcentaje de asistencia a control



Fuente: base de datos Servicio de Diabetes- Hospital de Niños, Enero 2010-Diciembre 2011

Tabla Nº 6:
Porcentaje de pacientes según rango atareo que asisten o no a control

Edad a 2011	cantidad de pacientes	%	**Pacientes asisten a control**	**%**	**Pacientes no asisten a control**	**%**
0-4 años	20	8	19	95	1	5
5-9 años	68	27	58	85	10	15
10-14 años	110	43	84	76	26	24
más de 15 años	56	22	41	73	15	27
TOTAL	**254**	**100**	**202**		**52**	

Fuente: base de datos Servicio de Diabetes- Hospital de Niños, Enero 2010-Diciembre 2011.

Tabla Nº 7:
Porcentaje de pacientes según rango etareo y localización geográfica que no asisten a control

Edad al 2011	**Cantidad de Pacientes**	**%**	**Ciudad de Córdoba**	**%**	**Pcia de Cba**	**%**	**Otras Prov.**	**%**
0-4 años	1	2	1	4	0	0	0	0
5-9 años	10	19	4	16	5	22	1	25
10-14 años	26	50	11	44	14	61	1	25
más de 15 años	15	29	9	36	4	17	2	50

TOTAL	**52**	**100**	**25**	**100**	**23**	**100**	**4**	100

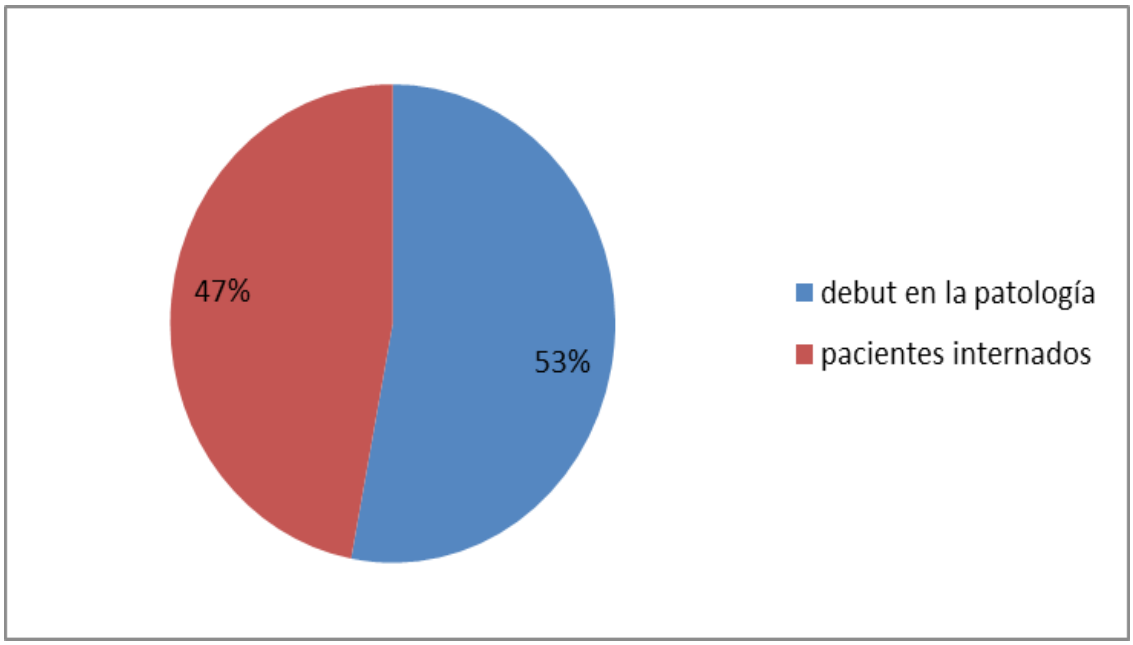
Fuente: base de datos Servicio de Diabetes- Hospital de Niños, Enero 2010-Diciembre 2011

Tabla Nº 8:
Porcentaje de pacientes y asistencia a control con relación a fecha de diagnóstico según localización geográfica

Pacientes asisten a control según localización geográfica	**Cantidad de Pacientes**	**%**	**fecha diagnóstico anterior al 2010-2011**	**%**	**fecha diagnóstico a partir del 2010-2011**	**%**
C de Córdoba	104	51	53	52	51	51
Interior Pcia Cba	84	42	45	44	39	39
Otras Provincias	14	7	4	4	10	10
TOTAL	**202**	**100**	**102**	**100**	**100**	**100**

Fuente: base de datos Servicio de Diabetes- Hospital de Niños, Enero 2010-Diciembre 2011

Gráfico Nº 5
Porcentaje de pacientes internados e internaciones por debut



Fuente: base de datos Servicio de Diabetes- Hospital de Niños, Enero 2010-Diciembre 2011

Tabla Nº 9:
Porcentaje de pacientes que requieren internación según cumplimiento de controles

	Años 2010-2011		Internaciones			
% cumplimiento a controles	total pacientes con controles	%	Pacientes sin internación	%	Paciente internado	%
100%	72	36	69	96	3	4
>50%	96	47	72	75	24	25
<50%	34	17	17	50	17	50
	202	**100**	**158**		**44**	

Fuente: base de datos Servicio de Diabetes- Hospital de Niños, Enero 2010-Diciembre 2011

Tabla Nº 10:
Porcentaje de pacientes con cobertura social según grupo etareo

Grupo Etario	Cantidad de	%	Con Cobertura	%	Sin cobertur	%

	Pacientes				a	
0-4 años	20	8	10	9	10	7
5-9 años	68	27	35	33	33	22
10-14 años	110	43	47	44	63	43
más de 15 años	56	22	15	14	41	28
TOTAL	**254**	**100**	**107**	**100**	**147**	**100**

Fuente: base de datos Servicio de Diabetes- Hospital de Niños, Enero 2010-Diciembre 2011

Tabla Nº 11:
Porcentaje de pacientes con cobertura social según localización geográfica

Grupo Etario	Ciudad de Córdoba	%	Int. Prov de Cba	%	Otras Provincias	%
0-4 años	5	9	3	8	2	17
5-9 años	19	33	11	30	5	41
10-14 años	27	46	18	49	2	17
más de 15 años	7	12	5	13	3	25
TOTAL	**58**	**100**	**37**	**100**	**12**	**100**

Fuente: base de datos Servicio de Diabetes- Hospital de Niños, Enero 2010-Diciembre 2011

Tabla Nº 12:
Porcentaje de pacientes sin cobertura social según localización geográfica

Grupo Etario	Ciudad de Córdoba	%	Int. Prov de Cba	%	Otras Provincias	%
0-4 años	5	7	4	6	1	17
5-9 años	12	17	17	24	4	66
10-14 años	32	45	30	43	1	17
más de 15 años	22	31	19	27	0	0
TOTAL	**71**	**100**	**70**	**100**	**6**	**100**

Fuente: base de datos Servicio de Diabetes- Hospital de Niños, Enero 2010-Diciembre 2011

Tabla Nº 13:
Porcentaje de pacientes con cobertura social que requieren internación

	Años 2010-2011		Internaciones			
% cumplimiento a controles	total pacientes con cobertura social	%	Paciente sin internación	%	Paciente internado	%
100%	40	46	39	98	1	2
>50%	39	44	29	74	10	26
<50%	9	10	3	33	6	67
	88	**100**	**71**		**17**	

Fuente: base de datos Servicio de Diabetes- Hospital de Niños, Enero 2010-Diciembre 2011

Tabla Nº 14:
Porcentaje de pacientes sin cobertura social que requieren internación

	Años 2010-2011		Internaciones			
% cumplimiento a controles	total pacientes sin cobertura social	%	Pacientes sin internación	%	Paciente internado	%
100%	32	28	30	94	2	6
>50%	57	50	43	75	14	25
<50%	25	22	14	56	11	44
	114	**100**	**87**		**27**	

Fuente: base de datos Servicio de Diabetes- Hospital de Niños, Enero 2010-Diciembre 2011

COSTOS DIRECTOS PACIENTE INTERNADO AÑO 2011

	UTI	UCI	SALA

Mano de Obra directa	$ 286,00	$ 164,00	$ 113,00
Insumos	$ 1.637.90	$ 185,28	$ 459,21
Laboratorio	$ 1.424,00	$ 168,00	$ 120,00
Racionamiento	$ 0,00	$ 39,39	$ 64,34
por día por cama	**$ 3.347,90**	**$ 556,67**	**$ 756,55**

A)Si el debut requiere de ingreso a UTI:
UTI: tres días de internación (aproximadamente.)
UCI: dos días de internación (aproximadamente.)
SALA: diez días de internación (aproximadamente.)

	UTI	**UCI**	**SALA**	**TOTAL**
Mano de Obra directa	$ 858,00	$ 328,00	$ 1.130,00	$ 2.316,00
Insumos	$ 3.745,76	$ 370.56	$ 3.513,96	$ 7.630,28
Laboratorio	$ 1.760,00	$ 336,00	$ 880,00	$ 2.976,00
Racionamiento	$ 0,00	$ 78,78	$ 643,50	$ 722,28
TOTAL	$ 6.363,76	$ 1.113,34	$ 6.167,46	**$ 13.644,56**

15 días

B) Si el debut requiere de ingreso a UCI:

	UCI	**SALA**	**TOTAL**
Mano de Obra directa	$ 328,00	$ 1.130,00	$ 1.458,00
Insumos	$ 370,56	$ 3.513,96	$ 3.884,52

Laboratorio	$ 1.592,00	$ 880,00	$ 2.472,00
Racionamiento	$ 78,78	$ 643,50	$ 722,28
TOTAL	$ 2.369,34	$ 6.167,46	**$ 8.536,80**

12 días

C) Si el debut requiere de ingreso a SALA:

	SALA
Mano de Obra directa	$ 1.130,00
Insumos	$ 3.513,96
Laboratorio	$ 2.136,00
Racionamiento	$ 643,50
TOTAL	**$ 7.423,46**

10 días

COSTO DIRECTO PACIENTE AMBULATORIO

MO Directa	$ 41,46
Insumos medicamentos y descartables	$ 308,72
Laboratorio	$ 18,66
TOTAL/MES	368,84

DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS DE TABLAS Y GRÁFICOS

Para el estudio se parte de la base de datos de pacientes del Servicio de Diabetes del Hospital de Niños de Córdoba esta cuenta con un total de 297 pacientes, y se considera variable de análisis a los que padecen Diabetes Tipo I.

Pacientes con Diabetes Tipo I: 254 pacientes que representan el 86% de la base de datos indicada en el párrafo anterior (Tabla Nº1 y Gráfico Nº1).

Edad: se considera la edad de los pacientes al año 2011. Los pacientes en edad pediátrica (menores de 15 años) representan el 78% del total de pacientes que sufren la patología en estudio (Tabla Nº 2, Gráfico Nº2).

Sexo: se observa que la distribución de pacientes es similar, siendo levemente superior el número de pacientes de sexo masculino (Tabla Nº3).

Teniendo en cuenta el total de pacientes con Diabetes Tipo I y su localización geográfica, el 49% proviene del Interior de la Provincia de Córdoba y de Otras Provincias (Tabla Nº4 – Gráfico Nº3).

Asistencia a controles: (Tabla Nº5) durante los años 2010 – 2011 se observa que el 80% de los pacientes asistieron a control (Gráfico Nº4). De ese grupo de pacientes, el 70% se encuentra en un rango de edad entre los 5 – 14 años, el 8% a menores de 5 años y el 22% a mayores de 15 años (Tabla Nº6).

El porcentaje de asistencia a control es mayor al obtenido en estudios realizados por la OMS (50%), para pacientes con patologías crónicas en países desarrollados (40).

En la Tabla Nº6, pacientes que asisten o no a control según rango etareo, los porcentajes fueron calculados relacionando la asistencia a control sobre la cantidad de pacientes según el rango etareo correspondiente, lo mismo en el caso de los pacientes que no asisten a control. Se observa que a medida que aumenta la edad de los pacientes disminuye el porcentaje de asistencia a los controles.

El 50.5% de los pacientes poseen fecha de diagnóstico antes del año 2010 y el 49.5% restante su fecha de diagnóstico corresponde al período 2010 – 2011 (Tabla Nº8), por lo que se puede decir que el comportamiento en cuanto a la asistencia a controles es similar independientemente a la antigüedad del diagnóstico.

Hay una alta asistencia a control fundamentalmente de aquellos pacientes que viven en Ciudad de Córdoba y el Interior de la Provincia de Córdoba, (51% y 42% respectivamente) y, en menor medida en los pacientes radicados en Otras Provincias (Tabla Nº 8).

Inasistencia a controles: durante el período 2010 – 2011 se observa que el 20% de los pacientes no asisten a control (Tabla Nº5 y Nº6 – Gráfico Nº4). Del total de 52 pacientes, el 48% provienen de la Ciudad de Córdoba, 44% del Interior de la Provincia de Córdoba y el 8% a Otras Provincias (Tabla Nº7).

Internaciones: Del total de internaciones, el 53% corresponde a las internaciones por debut en la patología. El 14% corresponde al grupo etareo entre 0-4 años, el 80% al grupo etareo entre 5-14 años y el 6% a mayores de 15 años. En el análisis, se consideró como paciente internado sólo en el caso de aquellos con diagnóstico de diabetes y que necesitaron ser internados por descompensación (Gráfico Nº 5). Representan el 22% del total de pacientes que asisten a control (Tabla Nº9) y se distribuyen en 5% al grupo etareo 0-4 años, 20% grupo etareo 5-9 años, 50% grupo etareo 10-14 años y 25% mayores de 15 años.

Al analizar la Tabla Nº9, la relación porcentual se calculó entre paciente sin internación sobre total pacientes con controles y paciente internado sobre total pacientes con controles.

Para una mayor comprensión, se reagrupan los pacientes de la siguiente manera: asistencia a control del 100%; asistencia mayor al 50% y asistencia menor al 50%:

a) Pacientes que asisten a control en un 100%: total de pacientes 72. Hay 3 pacientes que se internan por descompensación (4%).

Se considera como internación la de aquellos pacientes que son atendidos pero que, a pesar de ello se descompensan. Se puede inferir que el 96% de los pacientes que cumplen con todos los controles no requirieron internación (Tabla Nº9).
De los 72 pacientes que cumplen con el 100% de asistencia a control, 40 pacientes tienen cobertura de obra social y los 32 restantes están cubiertos con el programa PROCORDIA (Tabla Nº 13 y Nº 14).

b) Pacientes que asisten a control en más del 50%: total de pacientes 96. Hay 24 que se internan por descompensación (25%).
El 75% de los pacientes no requieren internación (Tabla Nº9).
Del grupo de pacientes que cumplen con más del 50% de los controles, 39 pacientes tienen cobertura de obra social y 57 están cubiertos por el programa PROCORDIA (Tabla Nº 13 y Nº 14).

c) Pacientes que asisten a control menos del 50%: total de pacientes 34.
Hay 17 que se internan por descompensación (50%).
En éste grupo, 9 pacientes tienen cobertura de obra social y 25 reciben la cobertura del programa PROCORDIA (Tabla Nº 13 y Nº 14).

Se observa que a medida que el control es menor, se incrementa el número de pacientes que requieren internación. El mayor porcentaje corresponde a pacientes mayores de 15 años. El análisis confirma los valores obtenidos en la Tabla Nº 6, a través de la cual se determinó el porcentaje de pacientes según rango etareo que asisten o no a control, donde se observa que la asistencia a control es inversamente proporcional a la edad de los pacientes.

Uno de los motivos puede ser atribuido a que, en el caso de los pacientes de edades menores, el seguimiento de la patología está ligado a la participación del adulto a cargo del menor, y es éste el que asume la responsabilidad en el cumplimiento a los controles e indicaciones médicas.
Cuando el paciente deja la niñez y entra en la adolescencia, comienza a hacerse cargo de su situación, a pesar del seguimiento que puedan ejercer los mayores. En la medida en que el adolescente sienta la presencia y

contención familiar y de su entorno, será menos propenso a discontinuar la rutina de cuidados.

Esta diferencia de conducta entre el niño y el adolescente es común tanto en nuestro país como en otros países latinos como Chile, Perú, México, donde se presenta la misma problemática.

Los adolescentes a diferencia de los niños, tienen una percepción más omnipotente de sí mismos, y un sentido de invulnerabilidad mayor, por consiguiente son menos conscientes de los peligros que puede acarrear un pobre control de la enfermedad.

Otro aspecto a considerar, es la importancia del acompañamiento del pediatra cuando el paciente deja de pertenecer a esta etapa y debe cambiar de profesional tratante. Este paso es muy importante y a veces resulta traumático para el adolescente, dado que no siempre la edad cronológica y de maduración coinciden, razón por la cual hay pacientes de mayor edad que continúan asistiendo al pediatra. Esta transición debe realizarse de manera flexible, estableciendo un contacto previo entre el nuevo profesional, el pediatra, el paciente y su familia.

Por otra parte, cuanto más educado esté el paciente y su familia, mayor posibilidad tiene de alcanzar una correcta adherencia al tratamiento y mantenerla a lo largo de los años, siendo así más difícil que se produzcan abandonos y recrudecimientos en la patología cuando alcance la etapa de la adolescencia.

El 58% de los pacientes que asisten al Hospital no tienen cobertura social (Tabla Nº 10). En éste caso, ingresan en el programa PROCORDIA (Programa Córdoba Diabetes), cuyo propósito es lograr una red asistencial de prevención y control de la diabetes en la Provincia de Córdoba, en concordancia con el PRONADIA a nivel nacional.

El programa funciona con equipos referentes en cada uno de los tres niveles de complejidad, haciendo énfasis en el caso del primer nivel, en la

promoción y protección de la salud; en el segundo nivel se agrega el diagnóstico y control del paciente con diabetes en todas sus formas de presentación con o sin complicaciones agudas o crónicas y en el tercer nivel se desarrollan acciones de prevención secundaria y terciaria, además de asistir las complicaciones agudas que requieran unidad de terapia intensiva, complicaciones crónicas severas, a embarazadas según criterio de derivación nivel 2 y niños y adolescentes diabéticos.

El paciente remitido al nivel de atención siguiente deberá volver al nivel de atención de origen con informe, plan de seguimiento y posibilidad de comunicación continua con el equipo luego que supere el problema que motivó su derivación.

Estos programas permiten atemperar las desigualdades que puedan existir desde el punto de vista económico en la población, al proveer al paciente de la medicación e insumos necesarios para el control domiciliario de la patología. En el caso de pacientes con cobertura, la obra social realiza la provisión.

Al momento de éste análisis, en algunos países de Latinoamérica tienen implementado programas similares, y en otros es tema pendiente de sus políticas sanitarias.

En cuanto a los costos directos de internación, los de mayor incidencia son los costos directos de insumos y los costos directos de laboratorio. Los costos directos de insumos incluyen medicamentos y descartables que se utilizan ya sea en Unidad de Terapia Intensiva (UTI), Unidad de Cuidados Intermedios (UCI) y en Sala de Internación Pediátrica SIP). La internación en UTI es la que mayor cantidad de insumos requiere.

Para el costo de laboratorio, el mayor costo está dado cuando el paciente se interna por debut o re internación por desestabilización en la patología, debido a que requieren de un número importante de determinaciones.

Un paciente que es valorado y se considera, desde el punto de vista clínico, que necesita ser internado, puede requerir ingreso a la Unidad de Terapia Intensiva (UTI); su permanencia en ella será de tres días promedio, luego se lo traslada a la Unidad de Cuidados Intermedios (UCI) donde permanecerá dos días promedio y posteriormente será llevado a Sala de Internación Pediátrica (SIP), por un período de diez días promedio antes del alta.

En otro caso, el ingreso puede requerir de UCI, y luego se procede al trasladado a SIP. También el paciente puede ser internado en la SIP, y cuando la evolución así lo indique será dado de alta.

Del análisis realizado sobre el padrón de pacientes, se observa que el mayor número de ingresos a UTI y UCI se produce en las re internaciones, en comparación con las internaciones por debut en la patología. Lo mismo ocurre con el tiempo de estada en sala, el que es mayor en las re internaciones.

Ya sea que el paciente ingrese a SIP o a cama crítica, el costo es muy superior al del paciente que se controla en forma ambulatoria. Teniendo en cuenta que el costo directo del paciente internado está expresado en días, para poder relacionarlo con el costo directo del paciente ambulatorio, este último debe ser expresado en días o al costo de internación se lo debe mensualizar. Una vez que se unificó la unidad de tiempo y se efectuó la relación entre costo directo del paciente ambulatorio y costo directo del paciente internado, se observa que el costo directo del paciente ambulatorio representa el 1.66% del costo directo de internación en SIP; el 1.73% del costo directo de internación en UCI y el 1.35% del costo directo de internación en UTI, considerando valores del año 2011.

Si se consideran los valores del año 2014, el costo directo de un paciente ambulatorio representa el 0.985% del costo directo de la internación

en SIP, el 1.02% del costo directo de un paciente que requiere internación en UCI, el 0.72% del costo directo de la internación en UTI.

Se observa que al relacionar el costo directo ambulatorio y el costo directo de internación, los valores porcentuales resultantes, son inferiores en el año 2014 respecto de los del año 2011.

CONCLUSIONES

El Hospital de Niños Sma Trinidad de la Ciudad de Córdoba cuenta con la capacidad necesaria para recibir los pacientes que llegan sin diagnóstico previo, para control con o sin complicaciones y aquellos que por su estado requieren atención en alta complejidad.

Por estar ubicada en el centro del país, Córdoba es un centro de derivación de pacientes que provienen del noroeste, oeste, norte del país; por otra parte, el Hospital de Niños posee los recursos humanos y tecnológicos necesarios para efectuar la atención en los distintos tipos de complejidad que dichos pacientes requieran.

Estos pacientes, una vez resuelta la causa por la que concurrieron, vuelven a su lugar de residencia para continuar con el seguimiento de su patología.

Cuando el paciente supera la edad pediátrica, es derivado a un centro asistencial de adultos, recibe el acompañamiento de su pediatra quién se asegura que es bien recibido, que hay aceptación al cambio de lugar y médico tratante por parte del paciente, y que continua con el tratamiento.

De acuerdo a la clasificación internacional la edad pediátrica comienza a los treinta días de vida hasta los 14 años, pero en el Hospital se atienden pacientes que superan esa edad y siguen concurriendo a control, con un buen porcentaje de asistencia.

La diabetes pertenece al grupo de enfermedades crónicas no transmisibles.

El mayor número de pacientes que padecen esta patología y concurren al Hospital de Niños se encuentra en el grupo etario entre 5 y 14 años, por lo que se puede inferir que éstos niños padecerán la enfermedad durante un largo período de tiempo equivalente al resto de su vida.

Por ello es de suma importancia la aceptación del rol de enfermo, por parte del paciente, y asumir el cumplimiento del tratamiento, evitando recaídas, complicaciones y retrasos en la estabilización de la patología, dado que el incumplimiento prolonga la recuperación o el control de la enfermedad, mantiene la presencia de síntomas y con ellos el estrés continuo ante una situación de enfermedad mantenida en el tiempo.

El incremento del gasto en términos económicos puede ser cuantificable. Se observa una gran diferencia entre el costo directo de un paciente internado, ya sea en UTI, UCI o en SIP, y el costo directo de un paciente ambulatorio. En este último caso, es prácticamente irrelevante en relación al del paciente que debe ser hospitalizado.

Hay otro costo que es difícil de medir o cuantificar y es el costo de oportunidad del niño que, por estar enfermo ve disminuido su rendimiento escolar, su posibilidad de practicar deportes, de participar en juegos con amigos y familiares, de llevar una vida más sana y de tener que alejarse de su hogar y medio ambiente como consecuencia de sufrir internaciones o sentirse enfermo.

Para los jóvenes que trabajan, la falta de adherencia terapéutica repercute en la pérdida en concepto de ausentismo laboral a causa de una enfermedad no controlada, con la consecuente afectación de la productividad en su puesto de trabajo.

Los beneficios económicos que surgen del análisis del comportamiento sanitario de éstos pacientes se expresan en los ahorros

generados por la disminución del uso de los servicios de salud complejos y costosos en caso de progresión de la enfermedad, crisis o recaídas.

De los datos analizados, suministrados por el Servicio de Diabetes del Hospital de Niños se observa que los pacientes que se internan por debut en la enfermedad, el 64% ingresa a Sala, el 26% a UCI y el 10% a UTI. En las re internaciones se observa un mayor ingreso a los servicios de alta complejidad.

Un adecuado diagnóstico y la correcta prescripción del tratamiento, indica la competencia técnica del profesional de la salud, su preparación científica y habilidades profesionales.

Cabe destacar la importante actividad docente que efectúan los profesionales de la salud, impartida en los consultorios médicos, salas de internación, laboratorios, en las que transmiten la información pertinente mediante un lenguaje sencillo y de fácil comprensión, la que está dirigida a los pacientes y a sus padres o persona a cargo del menor.

Cuando el paciente es internado en sala por debut en la patología o re internación, hay un gran esmero de parte del equipo de salud en dar a conocer de manera detallada y sencilla, cuál debe ser el cuidado al que será objeto el niño al volver a su casa. El alta médica se indica cuando, además del estado físico del niño, la familia comprendió lo que se transmitió por parte del equipo médico.

En el caso del paciente ambulatorio, recibe instrucciones tanto en la consulta médica como al retirar la medicación e insumos necesarios para el cumplimiento correcto del tratamiento.

Por otra parte, el Servicio de Diabetes organiza desayunos para pacientes y padres, a través de los cuales se imparten conocimientos

relacionados con la importancia de la alimentación saludable y la forma de prepararla.

A pesar que el porcentaje de asistencia a control médico es alto y adecuado, existe otra parte de la población que desconoce su real estado de salud. Esto implica una disminución en la calidad de vida de éste sector de la población y llegado el momento, un incremento en el gasto del sistema de salud.

Para el Dr Jorge Waitman, Jefe de Servicio de Diabetes del Hospital Córdoba y Coordinador del Programa ProCorDia, de los 371 millones de personas en todo el mundo afectados por diabetes, entre el 40% y 50% de ellas no están diagnosticados.

Por ello, es muy importante la difusión de la educación para la prevención de ésta patología crónica, y el fomento de la responsabilidad individual en salud, ya sea desde el Estado mediante la comunicación y aplicación de nuevos programas o continuando con los ya existentes; el seguimiento de las conductas, tendiente a verificar el grado de adherencia por parte de la población en general a dichos programas; la educación para la salud que pueda impartirse en los distintos niveles académicos (primario, secundario, terciario, superior), abarcando así un amplio espectro de la población que posee una mayor ductilidad, y puede ser un terreno propicio para adherir a los cambios de conductas, tendiente a prolongar su estado de bienestar y alcanzar una mejor calidad de vida.

En los niños, mucho de lo que aprenden sobre nutrición, higiene, y modos de vida sanos, no sólo llega a su conocimiento, sino también al de su familia. A pesar que su asistencia a control médico depende de que los adultos los lleven, ellos pueden a su vez transmitir lo que se les inculca en el colegio al respecto. De manera que, al llegar a la adolescencia, tengan el

hábito incorporado, y la asistencia a los controles médicos forme parte de su rutina de vida.

Por otra parte, la capacitación orientada al auto cuidado de su salud les permitirá a los niños y jóvenes tomar decisiones favorables y adoptar comportamientos saludables a lo largo de su vida.

Se considera trascendente la participación de los docentes en éstos temas referidos a la salud, debiendo ser incluido como un ítem más dentro del aprendizaje escolar, tal que, mediante los métodos pedagógicos adecuados según las distintas edades de los alumnos, lograr la transmisión de la información de manera no traumática.

La actividad así programada y realizada en concordancia entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación, facilitaría el seguimiento y la verificación de la adherencia a los tratamientos en el caso de los niños que padecen la patología, y la prevención en el caso de aquellos que están sanos.

Es importante también incluir tasas que miden el comportamiento sanitario como elemento para evaluar realmente los programas y proyectos de atención.

Ello permitiría la obtención de datos confiables, tendientes a mejorar la información y la gestión de la patología, de manera que las autoridades sanitarias puedan extraer conclusiones certeras que les permitan rectificar los procesos en caso que los resultados indiquen desvíos, tomando decisiones adecuadas y a tiempo; o continuar, si los datos indican que se transita la senda correcta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1-www.hospitaldeniños.com.ar/historia.

2-Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, informe de Dirección.

3-Misión/Visión, presupuesto 2010 Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, Ciudad de Córdoba, aprobado por el Ministerio de Salud de la Provincia; autoridades del Nosocomio: De Uriarte Hector; Subdirector: Casasnovas Oscar.

4- OPS/OMS "Prevención de las enfermedades crónicas: inversión vital. Vigilancia sanitaria y atención de las enfermedades no transmisibles" consultado mayo/2011; disponible en www.paho.org.

5- Lyness DÁrcy "Vivir con una enfermedad crónica"; en línea The Nemours Fundation, Enero de 2007: consultado 03/10/10; disponible en www.kidshealth.org.

6-Rodríguez José Ignacio. "El niño hospitalizado: problemas frecuentes" Universidad Católica de Chile; consultado Octubre/2011.

7-Lynch, E and Lewis, R and Murphy, S (1992): "Educational service for children with chronic illness: Perspectives of educators and families"; disponible en www.freepatentsonline.com.

8-Cabanillas Cárdenas Karina. "Pautas de intervención en problemas de aprendizaje de niños con enfermedades crónicas", 01/05/09; consultado en octubre 2011.

9-OPS/OMS: "Diabetes, consultado en noviembre 2012; disponible www.paho.org/mex.

10-OPS/OMS: "La mitad de las personas que tienen diabetes no lo saben"; Washington DC, 14 de noviembre de 2013; consultado en Abril 2014; disponible www.paho.org/arg.

11-OPS: "Campañas e iniciativas", Día Mundial de la Diabetes 2013; consultado en abril 2014; disponible en www.paho.org.

12- OMS 2012; Diabetes; sept 2012; consultado en nov/2012; en línea www.who.int/mediacentre.

13-OPS/OMS, Noticiero mensual del programa de enfermedades crónicas, vol.2, nº 11, nov 2008; consultado junio 2012; disponible www.paho.org.

14-OPS, Promoviendo la salud en las Américas- "Vigilancia sanitaria y atención de las enfermedades no transmisibles: diabetes; en línea nov 2007; consultado 29/11/2010; disponible en www.paho.org.

15-The Word Bank Country and Lending Groups 2011: "La diabetes en países de ingresos altos, medios y bajos"; consultado en 2012; disponible en www.idf.org.

16-Martin Alonso, Libertad de los Ángeles; Grau Abalo, Jorge Amado; Espinosa Brito, Alfredo Darío: "Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas"; Revista cubana de Salud Pública 2014, 40(2); consultado en 2014; disponible en www.bvs.sld.cu.

17-Libertad Martín Alfonso: "Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente"; revista cubana de Salud Pública v.32 n.3, Ciudad de la Habana jul 2006; consultado 2012; disponible en www.scielo.sld.cu/scielo.

18-Raport Jonatan. "Educación sanitaria y promoción de la salud. Diccionario de acción humanitaria y cooperación al desarrollo"; consultado en nov/2012; en línea www.dicc.hegoa.ehu.es.

19- Programa Nacional de Diabetes (PRONADIA)

20- Programa Provincial de Diabetes (PROCORDIA)

21- http://es.wikipedia.org.

22-Taylorismo; http://es.wikipedia.org

23-Gonzalez López, Nel Jerzy: "Teoría de la Organización"; consultado en 2014; disponible en www.gestiopolis.com.

24-Paganini José María, Arroyo Fernanda, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata: "Gestión por procesos"; consultado en 2014, disponible en www.cenas.org.ar.

25- Sescam: "La Gestión por Procesos. Servicio de Calidad de la Atención Sanitaria; Toledo, 21 de octubre de 2002; consultado en 2011; disponible en www.chospab.es.

26- Mora Martínez José Ramón: "Guía metodológica para la gestión clínica por procesos", capítulo 1; versión impresa; Edición Díaz de Santos SA. Madrid. España. Año 2003.

27-Cabo Salvador Javier, Universidad a distancia de Madrid: “Gestión por Procesos”; consultado en 2014; disponible en www.gestión-sanitaria.com.

28- Barrionuevo Aristóbulo F, Pagnotta Leonardo O., Balían Juan D., Acosta Damian A.; “Atención Gerenciada de la Salud”, Primera Edición; Buenos Aires; Editorial Edi-Ser; año 2000, capítulo 14.

29-Terol E., Hamby F, Minue S. “Gestión de enfermedades. Una aproximación integral a la provisión de cuidados sanitarios”; versión impresa ISSN 1131-5768, Medifarm v.11 n.2 Madrid, feb 2001; consultado 02/06/10.

30-Ministerio de Salud de la Nación: “Modelo de cuidado de personas con enfermedades crónicas”, año 2012; consultado en mayo 2013; disponible en www.msal.gov.ar.

31- Ponce Marcelo F.: “Hospitalizaciones Prevenibles por condiciones sensibles a la atención ambulatoria: una revisión de la experiencia internacional”, revista medicina y sociedad 2005, consultado 2012, disponible en mponce@intremed.net.

32-Pacheco Pineda, Patricia del Pilar: “Economía y Salud”; vol 4, núm 2, año 2009; consultado en Junio 2010; disponible en revista; Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia; disponible en uptc.edu.co.

33-Collazo Herrera, Manuel; Cárdenas Rodriguez, Justo; Gonzalez Lopez, Roxana; Mijar Abreu, Rolando; Galvez Gonzalez, Ana María; Cosme Casulo, Jorge: “La economía en salud ¿debe ser de interés para el campo sanitario? Consultado en Junio 2010; disponible en www.scielosp.org.

34- Cetrángolo O. y Devoto F:”Organización de la Salud en Argentina y Equidad” Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto en la crisis actual, publicado por la OPS año 2002.

35- Rubilar Amanda N. y Lic. Rossi María Teresa: “Economía en salud: ¿Qué es? ¿Cuál es el campo de análisis? Comité de Economía de la Salud de la Asociación Médica Argentina, en línea, consultado 2012, disponible www.ama-med.org.ar.

36- OPS/OMS, Buenos Aires 14/10/14, “OPS llama a integrar la comunidad en la gestión de planes integrados para la ingeniería hospitalaria”, consultado en Noviembre 2014, en línea www.paho.org.

37- Mather Colin, especialista científico del Dpto de Sistemas de Medición e Información Sanitaria de la OMS en Ginebra (Suiza). “Mejores estadísticas, clave contra enfermedades crónicas”; en línea Instituto de Ciencia y tecnología de materiales, 10/10/08; consultado 20/09/10; disponible en www.SciDev.Net.

38- Shetty Priya: “Enfermedades crónicas, prioridad olvidada”; 23 de Julio de 2008; consultado el 29/09/2010; disponible en www.SciDev.Net.

39-OMS: “Prevención de la enfermedades crónicas”; Departamento de enfermedades crónicas y promoción de la salud, CH – 1211 Ginebra 27, Suiza; año 2005; consultado Octubre 2010; disponible http://www.who.int/chp/chronic_discase_report/en/

40- OMS:” El incumplimiento del tratamiento prescripto para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura”, consultado en Octubre/14, disponible en www.paho.org.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barrionuevo Aristóbulo F, Pagnotta Leonardo O., Balían Juan D., Acosta Damian A.; "Atención Gerenciada de la Salud", Primera Edición; Buenos Aires; Editorial Edi-Ser; año 2000.

2. Cabanillas Cárdenas Karina. "Pautas de intervención en problemas de aprendizaje de niños con enfermedades crónicas", 01/05/09; consultado en octubre 2011.

3. Cabo Salvador Javier, Universidad a distancia de Madrid: "Gestión por Procesos"; consultado en 2014; disponible en www.gestión-sanitaria.com.

4. Cetrángolo O. y Devoto F:"Organización de la Salud en Argentina y Equidad" Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto en la crisis actual, publicado por la OPS año 2002.

5. Collazo Herrera, Manuel; Cárdenas Rodríguez, Justo; González López, Roxana; Mijar Abreu, Rolando; Gálvez González, Ana María; Cosme Casulo, Jorge: "La economía en salud ¿debe ser de interés para el campo sanitario? Consultado en Junio 2010; disponible en www.scielosp.org.

6. González Girazoles, Sonia I.; Molassi Martínez, Romina.; Mazza, Nélida C.; Molinari, Damián I. Valdez Norma: "Diabetes: costos y beneficios"; curso de auditoría médica 2013; disponible en www.auditoriamedicahoy.net

7. González López, Nel Jerzy: "Teoría de la Organización"; consultado en 2014; disponible en www.gestiopolis.com.

8. http://es.wikipedia.org.

9. Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, informe de Dirección.

10. Instituto Nacional de Pediatría: "Diabetes mellitus Tipo 1 en México. Un gasto catastrófico para las familias"; Acta Pediátrica de México, vol.32, num.4, Julio-Agosto 2011; disponible ojs.actapediatrica.org.mx.

11. Libertad Martín Alfonso: "Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente"; revista cubana de Salud Pública v.32 n.3, Ciudad de la Habana jul 2006; consultado 2012; disponible en www.scielo.sld.cu/scielo.

12. Lynch, E and Lewis, R and Murphy, S (1992): “Educational service for children with chronic illness: Perspectives of educators and families”; disponible en www.freepatentsonline.com.

13. Lyness DÁrcy: “Vivir con una enfermedad crónica”; en línea The Nemours Fundation, Enero de 2007; consultado 03/10/10; disponible en www.kidshealth.org.

14. Mather Colin, especialista científico del Dpto de Sistemas de Medición e Información Sanitaria de la OMS en Ginebra (Suiza). “Mejores estadísticas, clave contra enfermedades crónicas”; en línea Instituto de Ciencia y tecnología de materiales, 10/10/08; consultado 20/09/10; disponible en www.SciDev.Net.

15. Martin Alonso Libertad de los Ángeles, Grau Abalo Jorge Amado, Espinosa Brito Alfredo Darío: “Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas”; Revista cubana de Salud Pública 2014, 40(2); consultado en 2014; disponible en www.bvs.sld.cu.

16. Ministerio de Salud de la Nación: “Modelo de cuidado de personas con enfermedades crónicas”, año 2012; consultado en mayo 2013; disponible en www.msal.gov.ar.

17. Ministerio de Salud- Gobierno de Chile: “Guía Clínica Diabetes Tipo 1”; actualizado mayo 2013; disponible http://web.minsal.cl.

18. Misión/Visión, presupuesto 2010 Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, Ciudad de Córdoba, aprobado por el Ministerio de Salud de la Provincia; autoridades del Nosocomio: De Uriarte Hector; Subdirector: Casasnovas Oscar.

19. Mora Martínez José Ramón “Guía metodológica para la gestión clínica por procesos”, versión impresa; Edición Díaz de Santos SA. Madrid. España. Año 2003.

20. Navarrete Cabrera, Juliette; Carvajal Martínez, Francisco; Díaz Díaz, Oscar; Domínguez Alonso, Emma; Cabrera Benítez, Esther; Vallamil Menéndez, Yoile: “Caracterización clínica y epidemiológica de pacientes menores de 15 años de edad con Diabetes Tipo 1”; Revista Cubana de endocrinología, vol.23 N1, Ciudad de La Habana, Enero-Abril 2012; disponible www.scielo.sld.cu.

21. OMS 2012; Diabetes; sept 2012; consultado en nov/2012; en línea www.who.int/mediacentre.

22. OMS:"El incumplimiento del tratamiento prescripto para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura", consultado en Octubre/14, disponible en www.paho.org.

23. OMS: "Prevención de la enfermedades crónicas"; Departamento de enfermedades crónicas y promoción de la salud, CH – 1211 Ginebra 27, Suiza; año 2005; consultado Octubre 2010; disponible http://www.who.int/chp/chronic_discase_report/en/

24. OPS/OMS: "Diabetes, consultado en noviembre 2012; disponible www.paho.org/mex.

25. OPS/OMS, Noticiero mensual del programa de enfermedades crónicas, vol.2, nº 11, nov 2008; consultado junio 2012; disponible en www.paho.org.

26. OPS/OMS, Buenos Aires 14/10/14, "OPS llama a integrar la comunidad en la gestión de planes integrados para la ingeniería hospitalaria", consultado en Noviembre 2014, en línea www.paho.org.

27. OPS/OMS "Prevención de las enfermedades crónicas: inversión vital. Vigilancia sanitaria y atención de las enfermedades no transmisibles"; consultado mayo/2011; disponible en www.paho.org.

28. OPS/OMS: "La mitad de las personas que tienen diabetes no lo saben"; Washington DC, 14 de noviembre de 2013; consultado en Abril 2014; disponible www.paho.org/arg.

29. OPS: "Campañas e iniciativas", Día Mundial de la Diabetes 2013; consultado en abril 2014; disponible en www.paho.org.

30. OPS, Promoviendo la salud en las Américas- "Vigilancia sanitaria y atención de las enfermedades no transmisibles: diabetes"; en línea nov 2007; consultado 29/11/2010; disponible en www.paho.org.

31. Ortiz, Manuel; Ortiz, Eugenia: "Adherencia al tratamiento en adolescentes diabéticos tipo 1 chilenos: una aproximación psicológica"; Rev. Méd. Chile, V133, N 3, Santiago marzo 2005; disponible www.scielo.cl.

32. Ortiz, Manuel salvador: "Factores Psicológicos y Sociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento en adolescentes diabéticos tipo 1"; sykhe v.13 n.1 Santiago mayo 2004; disponible www.redalyc.org.

33. Pacheco Pineda, Patricia del Pilar: "Economía y Salud"; vol 4, núm 2, año 2009; consultado en Junio 2010; Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia; disponible en revista.uptc.edu.co.

34. Paganini José María, Arroyo Fernanda, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata: “Gestión por procesos”; consultado en 2014, disponible en www.cenas.org.ar.

35. Programa Nacional de Diabetes (PRONADIA)

36. Programa Provincial de Diabetes (PROCORDIA)

37. Ponce Marcelo F.: “Hospitalizaciones Prevenibles por condiciones sensibles a la atención ambulatoria: una revisión de la experiencia internacional”, revista medicina y sociedad 2005, consultado 2012, disponible en mponce@intremed.net.

38. Raport Jonatan. “Educación sanitaria y promoción de la salud. Diccionario de acción humanitaria y cooperación al desarrollo”; consultado en nov/2012; en línea www.dicc.hegoa.ehu.es.

39. Rodríguez José Ignacio. “El niño hospitalizado: problemas frecuentes” Universidad Católica de Chile; consultado Octubre/2011.

40. Rubilar Amanda N. y Rossi María Teresa: “Economía en salud: ¿Qué es? ¿Cuál es el campo de análisis? Comité de Economía de la Salud de la Asociación Médica Argentina, en línea, consultado 2012, disponible www.ama-med.org.ar

41. Sescam:”La Gestión por Procesos. Servicio de Calidad de la Atención Sanitaria”; versión impresa; Toledo, 21 de octubre de 2002.

42. Shetty Priya: “Enfermedades crónicas, prioridad olvidada”; 23 de Julio de 2008; consultado el 29/09/2010; disponible en www.SciDev.Net.

43. Taylorismo; http://es.wikipedia.org.

44. Terol E., Hamby F, Minue S. “Gestión de enfermedades. Una aproximación integral a la provisión de cuidados sanitarios”; versión impresa ISSN 1131-5768, Medifarm v.11 n.2 Madrid, feb 2001; consultado 02/06/10.

45. The Word Bank Country and Lending Groups 2011: “La diabetes en países de ingresos altos, medios y bajos”; consultado en 2012; disponible en www.idf.org.

46. www.hospitaldeniños.com.ar/historia.

ANEXO I

AÑO 2011

Gastos insumos por día de internación

UTI			
DECARTABLES	**CANTIDAD**	**PRECIO**	**TOTAL**
catéter vía central 4 F doble lumen	1	$ 245,80	**$ 245,80**
ct 26	6	$ 1,91	**$ 11,46**
llave de 3 vías valvuladas	8	$ 1,58	**$ 12,64**
abbocatt	2	$ 13,25	**$ 26,50**
jeringas 20cc	15	$ 0,71	**$ 10,65**
jeringas 10cc	15	$ 0,46	**$ 6,90**
jeringas tuberculina	10	$ 0,51	**$ 5,10**
jeringas 5cc	10	$ 0,30	**$ 3,00**
aguja endovenosa	10	$ 0,07	**$ 0,70**
aguja subcutánea	10	$ 0,07	**$ 0,70**
Sistema ospira	2	$ 56,00	**$ 112,00**
sonda vesical	1	$ 18,70	**$ 18,70**
bolsa colectora de orina	1	$ 0,70	**$ 0,70**
sonda nasogástrica siliconada	1	$ 27,42	**$ 27,42**
electrodos	10	$ 0,49	**$ 4,90**
naricera (cánula nasal siliconada)	1	$ 12,77	**$ 12,77**
sonda k92	10	$ 15,85	**$ 158,50**
guantes de examinación	6	$ 0,22	**$ 1,32**
guantes estériles	1	$ 1,43	**$ 1,43**
parches veca-c	1	$ 1,84	**$ 1,84**
cintas de orina	4	$ 0,89	**$ 3,54**
cintas reactivas glucosa	4	$ 3,30	**$ 13,20**
tela adhesiva	1	$ 8,94	**$ 8,94**
tela transpore	1	$ 7,00	**$ 7,00**
transductor de presión IUTHA-BCI-	1	$ 159,50	**$ 159,50**
cintas coban	1	$ 8,70	**$ 8,70**
macrogoteros	1	$ 3,92	**$ 0,00**
máscara ox c/reservorio			**$ 0,00**
MEDICAMENTOS	**CANTIDAD**	**PRECIO**	**TOTAL**
solución fisiológica sachet	10	$ 3,50	**$ 35,00**
agua bidestilada sachet	10	$ 3,80	**$ 38,00**
dextrosa al 5% sachet	10	$ 3,70	**$ 37,00**
bicarbonato de sodio sachet	2	$ 5,54	**$ 11,08**
cloruro de potasio	2	$ 1,23	**$ 2,46**
cloruro de sodio	5	$ 1,23	**$ 6,15**
gluconato de potasio amp	7	$ 13,28	**$ 92,96**
aimacel sachet	3	$ 52,47	**$ 157,41**
insulina cte.	1	$ 39,10	**$ 39,10**
insulina mph	1	$ 39,10	**$ 39,10**
ranitidina amp	4	$ 0,12	**$ 0,46**

furosemida amp	15	$ 1,29	**$ 19,35**
pacientes intubados:			
midazolam amp	12	$ 4,12	**$ 49,44**
fentanilo amp	12	$ 2,49	**$ 29,88**
bromuro de vecuronio 4 mg amp	12	$ 8,05	**$ 96,60**
lorazepam amp	12	$ 10,00	**$ 120,00**
GASTO TOTAL INTERNACIÓN/ DÍA			**$ 1.637,90**

Fuente: compulsa de precios Nº43 para la compra de medicamentos y compulsa de precios Nº 44 para la compra de descartables. Hospital de Niños.

UCI			
DECARTABLES	**CANTIDAD**	**PRECIO**	**TOTAL**
catéter vía central 4 F doble lumen		$ 245,80	**$ 0,00**
ct 26		$ 1,91	**$ 0,00**
llave de 3 vías valvuladas		$ 1,58	**$ 0,00**
abbocatt	1	$ 13,25	**$ 13,25**
jeringas 20cc	4	$ 0,71	**$ 2,84**
jeringas 10cc		$ 0,46	**$ 0,00**
jeringas tuberculina	4	$ 0,51	**$ 2,04**
jeringas 5cc		$ 0,30	**$ 0,00**
aguja endovenosa		$ 0,07	**$ 0,00**
aguja subcutánea		$ 0,07	**$ 0,00**
Sistema ospira	1	$ 56,00	**$ 56,00**
sonda vesical		$ 18,70	**$ 0,00**
bolsa colectora de orina		$ 0,70	**$ 0,00**
sonda nasogástrica siliconada		$ 27,42	**$ 0,00**
electrodos		$ 0,49	**$ 0,00**
naricera (cánula nasal siliconada)	1	$ 12,77	**$ 12,77**
sonda k92		$ 15,85	**$ 0,00**
guantes de examinación		$ 0,22	**$ 0,00**
guantes estériles		$ 1,43	**$ 0,00**
parches veca-c		$ 1,84	**$ 0,00**
cintas de orina	3	$ 0,89	**$ 2,66**
cintas reactivas glucosa	8	$ 3,30	**$ 26,40**
tela adhesiva		$ 8,94	**$ 0,00**
tela transpore		$ 7,00	**$ 0,00**
transductor de presión IUTHA-BCI-		$ 159,50	**$ 0,00**
cintas coban		$ 8,70	**$ 0,00**
macrogoteros	1	$ 3,92	**$ 3,92**
máscara ox c/reservorio			**$ 0,00**
MEDICAMENTOS			
solución fisiológica sachet	1	$ 3,50	**$ 3,50**
agua bidestilada sachet		$ 3,80	**$ 0,00**
dextrosa al 5% sachet	4	$ 3,70	**$ 14,80**
bicarbonato de sodio sachet	1	$ 5,54	**$ 5,54**
cloruro de potasio	1	$ 1,23	**$ 1,23**
cloruro de sodio	1	$ 1,23	**$ 1,23**
gluconato de potasio amp		$ 13,28	**$ 0,00**

aimacel sachet		$ 52,47	**$ 0,00**
insulina cte.	1	$ 39,10	**$ 39,10**
insulina mph		$ 39,10	**$ 0,00**
ranitidina amp		$ 0,12	**$ 0,00**
furosemida amp		$ 1,29	**$ 0,00**
pacientes intubados:			
midazolam amp		$ 4,12	**$ 0,00**
fentanilo amp		$ 2,49	**$ 0,00**
bromuro de vecuronio 4 mg amp		$ 8,05	**$ 0,00**
lorazepam amp		$ 10,00	**$ 0,00**
GASTO TOTAL INTERNACIÓN/ DÍA			**$ 185,28**

Fuente: compulsa de precios Nº43 para la compra de medicamentos y compulsa de precios Nº 44 para la compra de descartables. Hospital de Niños.

SALA			
DECARTABLES	**CANTIDAD**	**PRECIO**	**TOTAL**
catéter vía central 4 F doble lumen		$ 245,80	**$ 0,00**
ct 26		$ 1,91	**$ 0,00**
llave de 3 vías valvuladas	1	$ 1,58	**$ 1,58**
abbocatt		$ 13,25	**$ 0,00**
jeringas 20cc		$ 0,71	**$ 0,00**
jeringas 10cc	4	$ 0,46	**$ 1,84**
jeringas tuberculina	4	$ 0,51	**$ 2,04**
jeringas 5cc		$ 0,30	**$ 0,00**
aguja endovenosa	4	$ 0,07	**$ 0,28**
aguja subcutánea	4	$ 0,07	**$ 0,28**
Sistema ospira	1	$ 56,00	**$ 56,00**
sonda vesical		$ 18,70	**$ 0,00**
bolsa colectora de orina		$ 0,70	**$ 0,00**
sonda nasogástrica siliconada		$ 27,42	**$ 0,00**
electrodos		$ 0,49	**$ 0,00**
naricera (cánula nasal siliconada)	1	$ 12,77	**$ 12,77**
sonda k92		$ 15,85	**$ 0,00**
guantes de examinación		$ 0,22	**$ 0,00**
guantes estériles		$ 1,43	**$ 0,00**
parches veca-c		$ 1,84	**$ 0,00**
cintas de orina		$ 0,89	**$ 0,00**
cintas reactivas glucosa	8	$ 3,30	**$ 26,40**
tela adhesiva		$ 8,94	**$ 0,00**
tela transpore		$ 7,00	**$ 0,00**
transductor de presión IUTHA-BCI-		$ 159,50	**$ 0,00**
cintas coban		$ 8,70	**$ 0,00**
macrogoteros	1	$ 3,92	**$ 3,92**
máscara ox c/reservorio	1	$ 12,50	**$ 12,50**
MEDICAMENTOS			
solución fisiológica sachet	4	$ 3,50	**$ 14,00**
agua bidestilada sachet		$ 3,80	**$ 0,00**
dextrosa al 5% sachet	4	$ 3,70	**$ 14,80**
bicarbonato de sodio sachet		$ 5,54	**$ 0,00**
cloruro de potasio		$ 1,23	**$ 0,00**

cloruro de sodio		$ 1,23	**$ 0,00**
gluconato de potasio amp		$ 13,28	**$ 0,00**
aimacel sachet		$ 52,47	**$ 0,00**
insulina cte.	4	$ 39,10	**$ 156,40**
insulina mph	4	$ 39,10	**$ 156,40**
ranitidina amp		$ 0,12	**$ 0,00**
furosemida amp		$ 1,29	**$ 0,00**
intubados:			**$ 0,00**
midazolam amp		$ 4,12	**$ 0,00**
fentanilo amp		$ 2,49	**$ 0,00**
bromuro de vecuronio 4 mg amp		$ 8,05	**$ 0,00**
lorazepam amp		$ 10,00	**$ 0,00**
GASTO TOTAL INTERNACIÓN/ DÍA			**$ 459,21**

Fuente: compulsa de precios Nº43 para la compra de medicamentos y compulsa de precios Nº 44 para la compra de descartables. Hospital de Niños.

LABORATORIO	**U($4)**	**IMPORTE**	**Control Anual**
Citológico	4	$ 12,00	
Recuento de plaquetas	1	$ 4,00	
Eritrosedimentación	1	$ 4,00	
PCR	3	$ 12,00	
Urea	2	$ 8,00	
Creatinina	2	$ 8,00	
GOT	3	$ 12,00	
GPT	3	$ 12,00	
GGT	3	$ 12,00	
FAL	2	$ 8,00	
Bilirrubina	3	$ 12,00	
Colesterol T	2	$ 8,00	
HDL	4	$ 16,00	
LDL	4	$ 16,00	
TAG		$ 0,00	
Gases	6	$ 24,00	
Ionograma	6	$ 24,00	
Calcio	3	$ 12,00	
Fosforo	2	$ 8,00	
Glucemia	2	$ 8,00	
Hb A1C (x4) c3meses	14	$ 56,00	$ 224,00
APP	4	$ 16,00	
KPTT	3	$ 12,00	
IgA	5	$ 20,00	
Antitransglutaminasa	20	$ 80,00	
Amtiendomisio	20	$ 80,00	
		$ 0,00	
ATPO	27	$ 108,00	
ATG	10	$ 40,00	
AntiGAD	63	$ 252,00	
Anti1AA2	35	$ 140,00	
Péptido C	18	$ 72,00	

Glucemia x5	2	$ 8,00	
Insulina x5	12	$ 48,00	
Proteinograma	6	$ 24,00	
Microalbuminuria	12	$ 48,00	
Orina Completa	2	$ 8,00	
Urocultivo	6	$ 24,00	
		$ 1.256,00	**$ 224,00**

debut: **$ 1.256,00**
control ambulatorio: **$ 224,00**

UTI-UCI

Gases x 3 veces/día	$ 72,00
PCR	$12
Iono x 3 veces/día	$ 72,00
Glucosa x 3 veces/día	$ 24,00
Creatinina	$8
por día	**$ 168,00**
UCI:$168x2	**$ 336,00**
UTI: $168x3	**$ 504,00**
TOTAL	**$ 840,00**

SALA	x48 hs	x96 hs	6 días
INGRESO Y COMPLICACIÓN		1ª 48 HS	DESPUES
HEMOGRAMA	$ 12,00		
PCR	$ 12,00		
GLUCEMIA	$ 8,00	$ 32,00	$ 32,00
UREMIA			
CREATINEMIA	$ 8,00		
IONOGRAMA	$ 24,00	$ 96,00	
FUNCION HEPÁTICA			
UROCULTIVO	$ 24,00		
GASES	$ 24,00	$ 96,00	
ORINA COMPLETA	$ 8,00		
	$ 120,00	**$ 224,00**	**$ 32,00**

1º día	$ 120,00
2º día	$ 120,00
3º día	$ 224,00
4º día	$ 224,00
5º al 10º día	$ 192,00
	$ 880,00

ANEXO II

COSTOS DIRECTOS PACIENTE INTERNADO AÑO 2014

	UTI	UCI	SALA
Mano de Obra directa	$ 602,00	$ 402,00	$ 278,00
Insumos	$ 4.521,00	$ 380,00	$ 756,00
Laboratorio	$ 3.394,00	$ 442,00	$ 300,80
Racionamiento	$ 0,00	$ 112,51	$ 183,81
por día por cama	**$ 8.517,00**	**$ 1.336,51**	**$ 1.518,61**

A) Si el debut requiere de ingreso a UTI:

UTI: tres días de internación (aproxim.)
UCI: dos días de internación (aproxim.)
SALA: diez días de internación (aproxim.)

	UTI	UCI	SALA	TOTAL
Mano de Obra directa	$ 1.806,00	$ 804,00	$ 2.780,00	$ 5.390,00
Insumos	$ 12.023,00	$ 760,00	$ 7.254,00	$ 20.037,00
Laboratorio	$ 4.277,00	$ 884,00	$ 2.106,00	$ 7.267,00
Racionamiento	$ 0,00	$ 225,00	$ 1.838,00	$ 2.063,00
TOTAL	$ 18.106,00	$ 2.673,00	$ 13.978,00	**$ 34.757,00**

15 días

B) Si el debut requiere de ingreso a UCI:

	UCI	SALA	TOTAL
Mano de Obra directa	$ 804,00	$ 2.780,00	$ 3.584,00
Insumos	$ 760,00	$ 7.254,00	$ 8.014,00
Laboratorio	$ 3.836,00	$ 2.106,00	$ 5.942,00

Racionamiento	$ 225,00	$ 1.838,00	$ 2.063,00
TOTAL	$ 5.625,00	$ 13.978,00	**$ 19.603,00**

12 días

C) Si el debut requiere de ingreso a SALA:

	SALA
Mano de Obra directa	$ 2.780,00
Insumos	$ 7.254,00
Laboratorio	$ 5.058,00
Racionamiento	$ 1.838,00
TOTAL	**$ 16.930,00**

10 días

COSTOS DIRECTOS PACIENTE AMBULATORIO

MO Directa	$ 69,86
Insumos medicamentos y descartables	$ 385,36
Laboratorio	$ 43,83
TOTAL POR MES	**$ 499,05**

ANEXO III

AÑO 2014

Gastos insumos por día de internación

UTI			
DECARTABLES	**CANTIDAD**	**PRECIO**	**TOTAL**
catéter vía central 4 F doble lumen	1	$ 491,00	**$ 491,00**
ct 26	6	$ 7,23	**$ 43,38**
llave de 3 vías valvuladas	8	$ 69,00	**$ 552,00**
abbocatt	2	$ 5,80	**$ 11,60**
jeringas 20cc	15	$ 1,80	**$ 27,00**
jeringas 10cc	15	$ 1,16	**$ 17,40**
jeringas tuberculina	10	$ 1,59	**$ 15,90**
jeringas 5cc	10	$ 0,82	**$ 8,20**
aguja endovenosa	10	$ 0,27	**$ 2,70**
aguja subcutánea	10	$ 0,25	**$ 2,50**
Sistema ospira	2	$ 83,95	**$ 167,90**
sonda vesical	1	$ 66,00	**$ 66,00**
bolsa colectora de orina	1	$ 1,15	**$ 1,15**
sonda nasogástrica siliconada	1	$ 142,00	**$ 142,00**
electrodos	10	$ 1,20	**$ 12,00**
naricera (cánula nasal siliconada)	1	$ 49,00	**$ 49,00**
sonda k92	10	$ 79,00	**$ 790,00**
guantes de examinación	6	$ 1,34	**$ 8,04**
guantes estériles	1	$ 5,50	**$ 5,50**
parches veca-c	1	$ 4,48	**$ 4,48**
cintas de orina	4	$ 2,03	**$ 8,12**
cintas reactivas glucosa	4	$ 4,12	**$ 16,48**
tela adhesiva	1	$ 5,05	**$ 5,05**
tela transpore	1	$ 9,97	**$ 9,97**
transductor de presión IUTHA-BCI-	1		**$ 278,78**
cintas coban	1	$ 41,67	**$ 41,67**
macrogoteros		$ 9,34	**$ 0,00**
máscara ox c/reservorio		$ 34,10	**$ 0,00**
MEDICAMENTOS	**CANTIDAD**	**PRECIO**	**TOTAL**
solución fisiológica sachet	10	$ 14,40	**$ 144,00**
agua bidestilada sachet	10	$ 17,82	**$ 178,20**
dextrosa al 5% sachet	10	$ 15,80	**$ 158,00**
bicarbonato de sodio sachet	2	$ 48,00	**$ 96,00**
cloruro de potasio	2	$ 4,40	**$ 8,80**
cloruro de sodio	5	$ 6,75	**$ 33,75**
gluconato de potasio amp	7	$ 11,99	**$ 83,93**
aimacel sachet	3	$ 85,00	**$ 255,00**
insulina cte.	1	$ 43,00	**$ 43,00**
insulina mph	1	$ 43,00	**$ 43,00**
ranitidina amp	4	$ 4,20	**$ 16,80**
furosemida amp	15	$ 4,70	**$ 70,50**
Pacientes intubados:			
midazolam amp	12	$ 6,45	**$ 77,40**
fentanilo amp	12	$ 7,20	**$ 86,40**
bromuro de vecuronio 4 mg amp	12	$ 18,60	**$ 223,20**
lorazepam amp	12	$ 18,78	**$ 225,36**
GASTO TOTAL INTERNACIÓN/ DÍA			**$ 4.521,16**

Fuente: compulsa de precios Nº 100 para la compra de descartables y compulsa de precios Nº 227 para la compra de medicamentos. Hospital de Niños.

UCI			
DECARTABLES	**CANTIDAD**	**PRECIO**	**TOTAL**
catéter vía central 4 F doble lumen			**$ 0,00**
ct 26			**$ 0,00**
llave de 3 vías valvuladas			**$ 0,00**
abbocatt	1	$ 5,80	**$ 5,80**
jeringas 20cc	4	$ 1,80	**$ 7,20**
jeringas 10cc			**$ 0,00**
jeringas tuberculina	4	$ 1,59	**$ 6,36**
jeringas 5cc			**$ 0,00**
aguja endovenosa			**$ 0,00**
aguja subcutánea			**$ 0,00**
Sistema ospira	1	$ 83,95	**$ 83,95**
sonda vesical			**$ 0,00**
bolsa colectora de orina			**$ 0,00**
sonda nasogástrica siliconada			**$ 0,00**
electrodos			**$ 0,00**
naricera (cánula nasal siliconada)	1	$ 49,00	**$ 49,00**
sonda k92			**$ 0,00**
guantes de examinación			**$ 0,00**
guantes estériles			**$ 0,00**
parches veca-c			**$ 0,00**
cintas de orina	3	$ 2,03	**$ 6,09**
cintas reactivas glucosa	8	$ 4,12	**$ 32,96**
tela adhesiva			**$ 0,00**
tela transpore			**$ 0,00**
transductor de presión IUTHA-BCI-			**$ 0,00**
cintas coban			**$ 0,00**
macrogoteros	1	$ 9,34	**$ 9,34**
máscara ox c/reservorio			**$ 0,00**
MEDICAMENTOS	**CANTIDAD**	**PRECIO**	**TOTAL**
solución fisiológica sachet	1	$ 14,40	**$ 14,40**
agua bidestilada sachet			**$ 0,00**
dextrosa al 5% sachet	4	$ 15,80	**$ 63,20**
bicarbonato de sodio sachet	1	$ 48,00	**$ 48,00**
cloruro de potasio	1	$ 4,40	**$ 4,40**
cloruro de sodio	1	$ 6,75	**$ 6,75**
gluconato de potasio amp			**$ 0,00**
aimacel sachet			**$ 0,00**
insulina cte.	1	$ 43,00	**$ 43,00**
insulina mph			**$ 0,00**
ranitidina amp			**$ 0,00**
furosemida amp			**$ 0,00**
pacientes intubados:			**$ 0,00**
midazolam amp			**$ 0,00**
fentanilo amp			**$ 0,00**
bromuro de vecuronio 4 mg amp			**$ 0,00**
lorazepam amp			**$ 0,00**

GASTO TOTAL INTERNACIÓN/ DÍA			**$ 380,45**

Fuente: compulsa de precios Nº 100 para la compra de descartables y compulsa de precios Nº 227 para la compra de medicamentos. Hospital de Niños.

SALA			
DECARTABLES	**CANTIDAD**	**PRECIO**	**TOTAL**
catéter vía central 4 F doble lumen			**$ 0,00**
ct 26			**$ 0,00**
llave de 3 vías valvuladas	1	$ 69,00	**$ 69,00**
abbocatt			**$ 0,00**
jeringas 20cc			**$ 0,00**
jeringas 10cc	4	$ 1,16	**$ 4,64**
jeringas tuberculina	4	$ 1,59	**$ 6,36**
jeringas 5cc			**$ 0,00**
aguja endovenosa	4	$ 0,27	**$ 1,08**
aguja subcutánea	4	$ 0,25	**$ 1,00**
Sistema ospira	1	$ 83,95	**$ 83,95**
sonda vesical			**$ 0,00**
bolsa colectora de orina			**$ 0,00**
sonda nasogástrica siliconada			**$ 0,00**
electrodos			**$ 0,00**
naricera (cánula nasal siliconada)	1	$ 49,00	**$ 49,00**
sonda k92			**$ 0,00**
guantes de examinación			**$ 0,00**
guantes estériles			**$ 0,00**
parches veca-c			**$ 0,00**
cintas de orina			**$ 0,00**
cintas reactivas glucosa	8	$ 4,12	**$ 32,96**
tela adhesiva			**$ 0,00**
tela transpore			**$ 0,00**
transductor de presión IUTHA-BCI-			**$ 0,00**
cintas coban			**$ 0,00**
macrogoteros	1	$ 9,34	**$ 9,34**
máscara ox c/reservorio	1	$ 34,10	**$ 34,10**
MEDICAMENTOS	**CANTIDAD**	**PRECIO**	**TOTAL**
solución fisiológica sachet	4	$ 14,40	**$ 57,60**
agua bidestilada sachet			**$ 0,00**
dextrosa al 5% sachet	4	$ 15,80	**$ 63,20**
bicarbonato de sodio sachet			**$ 0,00**
cloruro de potasio			**$ 0,00**
cloruro de sodio			**$ 0,00**
gluconato de potasio amp			**$ 0,00**
aimacel sachet			**$ 0,00**
insulina cte.	4	$ 43,00	**$ 172,00**
insulina mph	4	$ 43,00	**$ 172,00**
ranitidina amp			**$ 0,00**
furosemida amp			**$ 0,00**
pacientes intubados:			**$ 0,00**
midazolam amp			**$ 0,00**
fentanilo amp			**$ 0,00**

bromuro de vecuronio 4 mg amp			**$ 0,00**
lorazepam amp			**$ 0,00**
GASTO TOTAL INTERNACIÓN/ DÍA			**$ 756,23**

Fuente: compulsa de precios Nº 100 para la compra de descartables y compulsa de precios Nº 227 para la compra de medicamentos. Hospital de Niños.

LABORATORIO	**U ($9,4)**	**IMPORTE**	**CONTROL ANUAL**
Citológico	3	$ 28,20	
Recuento de plaquetas	1	$ 9,40	
Eritrosedimentación	1	$ 9,40	
PCR	3	$ 28,20	
Urea	2	$ 18,80	
Creatinina	2	$ 18,80	
GOT	3	$ 28,20	
GPT	3	$ 28,20	
GGT	3	$ 28,20	
FAL	2	$ 18,80	
Bilirrubina	3	$ 28,20	
Colesterol T	2	$ 18,80	
HDL	4	$ 37,60	
LDL	4	$ 37,60	
TAG		$ 0,00	
Gases	6	$ 56,40	
Ionograma	6	$ 56,40	
Calcio	3	$ 28,20	
Fosforo	2	$ 18,80	
Glucemia	2	$ 18,80	
Hb A1C (x4) c3meses	14	$ 131,60	$ 526,40
APP	4	$ 37,60	
KPTT	3	$ 28,20	
IgA	5	$ 47,00	
Antitransglutaminasa	20	$ 188,00	
Amtiendomisio	20	$ 188,00	
		$ 0,00	
ATPO	27	$ 253,80	
ATG	10	$ 94,00	
AntiGAD	63	$ 592,20	
Anti1AA2	35	$ 329,00	
Peptido C	18	$ 169,20	
Glucemia x5	2	$ 18,80	
Insulina x5	12	$ 112,80	
Proteinograma	6	$ 56,40	
Microalbuminuria	12	$ 112,80	
Orina Completa	2	$ 18,80	
Urocultivo	6	$ 56,40	
TOTAL		$ 2.951,60	**$ 526,40**

debut: **$ 2.951,60**
control ambulatorio: **$ 526,40**

UTI-UCI

Gases x 3 veces/día	$ 169,20
PCR	$ 28,20
Iono x 3 veces/día	$ 169,20
Glucosa x 3 veces/día	$ 56,40
Creatinina	$ 18,80
por día	**$ 441,80**

UCI:$441,80x2	**$ 883,60**
UTI: $441,80x3	**$ 1.325,40**
TOTAL	**$ 2.209,00**

SALA	x48 hs	x96 hs	6 días
INGRESO Y COMPLICACIÓN		1ª 48 HS	DESPUES
HEMOGRAMA	$ 28,20		
PCR	$ 28,20		
GLUCEMIA	$ 18,80	$ 75,20	$ 75,20
UREMIA	$ 18,80		
CREATINEMIA	$ 18,80		
IONOGRAMA	$ 56,40	$ 225,60	
FUNCION HEPÁTICA			
UROCULTIVO	$ 56,40		
GASES	$ 56,40	$ 225,60	
ORINA COMPLETA	$ 18,80		
	$ 300,80	**$ 526,40**	**$ 75,20**

1º día	$ 300,80
2º día	$ 300,80
3º día	$ 526,40
4º día	$ 526,40
5º al 10º	$ 451,20
	$ 2.105,60

ANEXO IV

PROGRAMA NACIONAL DE DIABETES

PRO NA DIA

LEY NACIONAL Nº 23.753/89

ARTICULO 1º.- El Ministerio de Salud y Acción Social dispondrá a través de las áreas pertinentes el dictado de las medidas necesarias para la divulgación de la problemática derivada de la enfermedad diabética y sus complicaciones, de acuerdo a los conocimientos científicamente aceptados, tendiente al reconocimiento temprano de la misma, su tratamiento y adecuado control.

Llevará su control estadístico, prestará colaboración científica y técnica a las autoridades sanitarias de todo el país, a fin de coordinar la planificación de acciones; y deberá abocarse específicamente a los problemas de producción, provisión y dispensación para asegurar a todos los pacientes los medios terapéuticos y de control evolutivo, de acuerdo a la reglamentación que se dicte.

ARTICULO 2º.- La diabetes no será causal de impedimento para el ingreso laboral, tanto en el ámbito público, como en el privado.

ARTICULO 3º.- El Ministerio de Salud y Acción Social dispondrá la constitución de juntas médicas especializadas para determinar las circunstancias de incapacidad específica que puedan presentarse para el ingreso laboral, así como para determinar incapacidades parciales o totales, transitorias o definitivas que encuadren al diabético en las leyes previsionales vigentes y en las que, con carácter especial, promueva el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, de acuerdo a la reglamentación.

ARTICULO 4º.- En toda controversia judicial o administrativa en la cual el carácter de diabético sea invocado para negar, modificar o extinguir

derechos del trabajador, será imprescindible el dictamen del área respectiva del Ministerio de Salud y Acción Social por intermedio de las juntas médicas especializadas del artículo 3º de la presente ley.
ARTICULO 5º.- El Poder Ejecutivo reglamentará la presente ley dentro de los ciento veinte (120) días posteriores a su promulgación.
ARTICULO 6º.- Comuníquese al Poder Ejecutivo.

DECRETO REGLAMENTARIO Nº 1271/98

Buenos Aires, 23 de octubre de 1998
VISTO el Expediente Nº 2002-4252/96-0 del registro del MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL, y CONSIDERANDO:
Que por el mismo tramita la reglamentación de la Ley 23.753, que contiene previsiones sobre aspectos relevantes de la prevención de la diabetes y de distintos problemas derivados de la atención de pacientes diabéticos.
Que resulta necesario dictar la correspondiente reglamentación a efectos de posibilitar su aplicación en el más breve plazo posible.
Que la DIRECCIÓN GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS del MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL ha tomado la intervención de su competencia.
Que se actúa en ejercicio de las atribuciones conferidas por el artículo 99, inciso 2) de la CONSTITUCION NACIONAL.
Por ello, EL PRESIDENTE DE LA NACIÓN ARGENTINA DECRETA:
ARTÍCULO 1º.- El MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL, por intermedio de la SECRETARÍA DE PROGRAMAS DE SALUD y de las áreas técnicas de su dependencia que correspondieran, actuará como Autoridad de Aplicación de la Ley 23.753 y del presente Decreto reglamentario.
ARTÍCULO 2º.- El MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL promoverá, por la vía que corresponda, la adhesión de las provincias y eventualmente de otras jurisdicciones al régimen de la citada Ley y de la presente Reglamentación.
ARTÍCULO 3º.- La Autoridad de Aplicación dispondrá a través de las distintas jurisdicciones las medidas necesarias para garantizar a los

pacientes con diabetes el aprovisionamiento de los medicamentos y reactivos de diagnóstico para autocontrol que se estimen como elementos indispensables para un tratamiento adecuado, según lo establecido en el Programa Nacional de Diabetes y en las normas técnicas aprobadas por autoridad competente en el orden nacional.

ARTÍCULO 4º.- El aprovisionamiento de medicamentos y demás elementos a que se refiere el artículo precedente será financiado por las vías habituales de la seguridad social y de otros sistemas de medicina privada para cubrir las necesidades de los pacientes comprendidos en los mismos, quedando a cargo del área estatal en las distintas jurisdicciones el correspondiente a aquellos pacientes carentes de recursos y de cobertura médico-social.

ARTÍCULO 5º.- El MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL instará a las distintas jurisdicciones a lograr la cobertura del CIEN POR CIENTO (100 %) de la demanda en el caso de la insulina y de los elementos necesarios para su aplicación y una cobertura progresivamente creciente –nunca inferior al SETENTA POR CIENTO (70%)- para los demás elementos establecidos en el mencionado Programa y las normas técnicas correspondientes.

ARTÍCULO 6º.- El MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL instará a las jurisdicciones a que en previsión de situaciones de emergencia que afecten la cadena de producción, distribución o dispensación de insulina, establezcan las medidas de excepción que estimen necesarias para asegurar lo establecido en el artículo 3º de la presente reglamentación.

ARTÍCULO 7º.- Son competentes, para el cumplimiento de lo establecido en el artículo 3º de la Ley 23.753, las comisiones médicas creadas por la Ley 24.241 modificadas por la Ley 24.557. Se constituirán comisiones médicas en el ámbito del MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL para intervenir en cualquier controversia de las previstas en el artículo 4º de la Ley 23.753.

ARTÍCULO 8º.- Comuníquese, publíquese, dese a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.

NORMAS DE PROVISIÓN DE MEDICAMENTOS E INSUMOS

1.- MEDICAMENTOS E INSUMOS COMPRENDIDOS

Acorde con la Ley 23.753/89 y el Decreto Reglamentario 1.271/98, quedan comprendidos dentro de las disposiciones los medicamentos e insumos básicos y cobertura mínima inicial, para el control y tratamiento del paciente con Diabetes Mellitus.

Medicamentos/Insumos básicos Cobertura (*) Cantidad (**)

1. Comprende pacientes diabéticos tipo 1 (ID)

• Insulina Concentración U-100

Tipos: Lispro, Corriente, NPH, Lenta, Ultralenta.

Origen: Bovino, Porcino, Humano, Análogos 100 %Según prescripción

• Jeringas descartables para insulina U-100 100 % 24 por año

• Agujas descartables p/uso subcutáneo 100 % 100 por año

• Lancetas descartables para punción digital 70 % 50 por año

• Digitopunsor automático 70 % 1 cada 2 años

• Tiras reactivas para glucosa en sangre 70 % 400 por año

• Tiras reactivas para acetona en orina 70 % 50 por año

• Tiras reactivas para glucosa en orina

Puede considerarse el uso de tiras combinadas para glucosa y acetona en orina70 % 100 por año

• Bomba de infusión continua para insulina (***) (***)

1. Comprende pacientes diabéticos tipo 2 (NID)

• Antidiabéticos orales70 % Según prescripción

• Tiras reactivas para glucosa en sangre 70 % 50 por año

• Tiras reactivas para glucosa en orina 70 % 100 por año

1. Reflectómetro para la lectura de las tiras reactivas para glucosa en sangre se otorgarán a mujeres diabéticas embarazadas o personas con alteraciones visuales de los colores. Previa autorización de la Auditoría Médica correspondiente.

Notas:

(*) Porcentaje establecido en el Decreto 1.271/98. Cuando se especifica porcentaje inferior al 100 % se entiende que se trata de cobertura mínima

inicial a incrementarse progresivamente de acuerdo a los recursos con que se cuente en cada jurisdicción.

(**) Dación mínima por pacientes diabéticos.

(***) Ante indicación expresa y fundamentada de profesional especializado, su otorgamiento deberá ser evaluado y aprobado por la auditoría de la institución que corresponda, teniéndose en cuenta las normas que al respecto ha establecido la Sociedad Argentina de Diabetes y que formarán parte del Programa Nacional de Garantía de Calidad de Atención Médica.

2.- PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS PARA EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y OTROS INSUMOS ESTABLECIDOS EN EL ÁREA DE LA SALUD PÚBLICA

Las Provincias y el Gobierno Autónomo de la Ciudad de Buenos Aires se cubrirán la demanda correspondiente a pacientes diabéticos carentes de cobertura médico social y recursos, de acuerdo a las siguientes disposiciones:

2.1. Requisitos socioeconómicos Residencia en territorio de la República Argentina. Se utilizará como constancia de domicilio, el registrado en el Documento Nacional de Identidad, Libreta de Enrolamiento o Libreta Cívica.

Carecer de cobertura médico social y de recursos propios y/o familiares para solventar los gastos de los medicamentos y otros insumos establecidos. Según declaración jurada que tendrá validez anual, refrendada por el Servicio de Asistencia Social de la Institución de que se trate.

2.2. Procedimiento para la gestión de los medicamentos y otros insumos establecidos.

El paciente diabético iniciará la gestión en el establecimiento o servicio asistencial estatal en el que está registrado y al que concurre para control y tratamiento.

La prescripción de los medicamentos y otros insumos establecidos deberá ser realizada en recetarios de profesionales médicos de los servicios de diabetes, endocrinología, nutrición, medicina interna, pediatría y de atención primaria de la salud de establecimientos del área estatal o, eventualmente, reconocidos oficialmente por la misma.

En los recetarios correspondientes el profesional médico deberá completar los datos filiatorios y clínicos básicos y prescribir la cantidad de medicamentos e insumos que se requieran para un trimestre de tratamiento.
Con la documentación antedicha, el establecimiento o servicio de salud correspondiente solicitará a través de la dependencia que se estableciera a tal efecto, la cantidad necesaria de medicamentos e insumos para un período de tres meses de tratamiento.
Cada provincia o jurisdicción podrá adaptar a su propia modalidad el procedimiento referido en tanto no se modifique el sentido ni la esencia del mismo.
2.3. Cancelación de beneficios
La cancelación de los beneficios a que se refiere la presente normativa operará en los siguientes casos:
Renuncia del titular del beneficio.
Radicación del beneficiario fuera del país.
Cese de la condición socioeconómica informada.
Abandono del control médico periódico regular en el establecimiento donde esté registrado.
Incompatibilidad con otros beneficios.

RESOLUCIÓN MINISTERIAL Nº 45/94

BUENOS AIRES, 24 de enero de 1994
VISTO, la necesidad de encarar la lucha contra la Diabetes por parte de este Ministerio de Salud y Acción Social como surge del dictado de la Ley Nº 23.753/91, y:
CONSIDERANDO:
Que deben actualizarse las normas específicas sobre numerosos aspectos inherentes a esta temática – Resolución (SESP) Nro. 1312 del 16 de mayo de 1978; Nro. 811 del 5 de abril de 1979 y Resolución Ministerial Nro. 1455 del 16 de agosto de 1984.

Que en todas ellas aconsejaba que una comisión permanente dentro del ámbito de la Secretaría de Salud normatizara sobre aspectos en la promoción, prevención, asistenciales, sanitarios y socio laborales en la materia.

Que la Dirección Nacional de Medicina Sanitaria ha tomado la intervención de su competencia.

Que la Dirección General de Asuntos Jurídicos ha tomado la intervención de su competencia.

Que se actúa en el marco de la Ley 23.753/91.

Por ello, EL SECRETARIO DE SALUD RESUELVE:

ARTÍCULO 1º.- Constitúyase una Comisión Permanente Asesora encargada de formular normas en la promoción, prevención, asistenciales, sanitarios y socio laborales que corresponden a la lucha contra la Diabetes, con las actualizaciones que surjan de los avances científicos.

ARTÍCULO 2º.- Será función de la Comisión proponer un programa nacional de lucha contra la diabetes destacando aspectos que hagan a la educación para la salud, actuación de grupos de autoayuda y normas que lleguen a la población y a profesionales del equipo de salud.

ARTÍCULO 3º.- Dicha Comisión Permanente Asesora será presidida por el Sr. Subsecretario de Salud Comunitaria, desempeñándose como secretario el Jefe del Departamento de Enfermedades Crónicas No Transmisibles y por los siguientes organismos a través de Representantes titulares y suplentes:

Dirección de Promoción y Protección de la Salud.

Departamento de Educación para la salud.

ARTÍCULO 4º.- El presidente de la Comisión invitará a participar en la misma a organismos oficiales o privados vinculados con el tema.

ARTÍCULO 5º.- La referida Comisión a través de su Presidencia fijará un cronograma de actividades que permita cumplir la misión encomendada, informando periódicamente sobre los resultados obtenidos.

ARTÍCULO 6º.- Regístrese, comuníquese a quien corresponda, publíquese y archívese.

ANEXO V

PROGRAMA CÓRDOBA DIABETES

PRO COR DIA

MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA SUB - SECRETARÍA DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y PLANIFICACIÓN SANITARIA

PROGRAMA CORDOBA DIABETES

(PRO. COR. DIA)

AUTORIDADES

Sr. Gobernador de la Provincia de Córdoba
Dr. José Manuel DE LA SOTA

Sr. Ministro de Salud
Dr. Roberto CHUIT

Sra. Subsecretaria de Programas de Prevención y Planificación Sanitaria
Dra. Alicia BRESSAN

AUTORES

Integrantes de la Comisión Asesora Permanente en Diabetes:

Coordinador: Dr. Jorge WAITMAN (Jefe de Servicio de Clínica Médica y de la Unidad de Diabetes del Hospital Córdoba).

- Dra. María Elena BOBBIO (Dirección de Epidemiología – Ministerio de Salud)
- Dra. Marta MOLINERO de ROPOLO (a/c Servicio de Diabetes – Hospital de Niños La Santísima Trinidad de Córdoba).
- Lic. María Angélica PAVIOLO (División Servicio Social – Subsecretaría de Programas de Prevención y Planificación Sanitaria – Ministerio de Salud).
- Dra. Beatriz VUARANT de LASTRETO (Sociedad Argentina de Diabetes – Capítulo Córdoba).

Soporte Administrativo: Sra. Sonia Provens

Sra. Susana Becacece

Soporte Informático: Sr. José Bracamonte

1- INTRODUCCIÓN

Ya desde Diciembre de 1974, cuando se reúne en Washington D.C., el Grupo de Estudios sobre Diabetes, es que se destaca la importancia creciente de la Diabetes Mellitas (DM) como problema de Salud Pública y la necesidad de organizar programas de atención integral del enfermo diabético, de acuerdo a los problemas propios de cada país. Importancia fundada en los altos índices de morbi – mortalidad y por elevar considerablemente los costos en salud.

La OMS, a partir de numerosos estudios, concluyó que la Diabetes Mellitus afecta a millones de personas y que el número de afectados está en franco incremento; con el agravante de que un número importante de ellas no puede acceder a un tratamiento efectivo y que la mayoría de las que tienen factores de riesgo para desarrollar DM desconocen esta situación y no reciben la información sanitaria tendiente a iniciar la prevención para retardar la aparición de la enfermedad.

En la actualidad se considera que la DM es una pandemia que afecta alrededor de 150 millones de personas en el mundo y se prevee un incremento del 45% en los próximos años.

Si bien afecta a todas las sociedades humanas, la mayor incidencia se presenta en la Región de las Américas, en especial los países latinos, y se estima que en el año 2010, la DM alcanzará la cifra de 40 millones de personas en América Latina y El Caribe.

Es por eso que la OPS incluye la DM como una enfermedad prioritaria en el Programa de Enfermedades No Transmisibles, confirmado por la OMS y refrendada en 1989 por la Asamblea Mundial de la Salud, seguida por la Declaración de Saint Vincent.

En Agosto de 1986 la Federación Internacional de Diabetes (IDF), la Organización Americana de la Salud (OAS) y la OMS, definen en Puerto Rico la DECLARACIÓN DE LAS AMÉRICAS SOBRE DIABETES MELLITUS y se concreta en Colombia en 1996.

Las Orientaciones Estratégicas y Programáticas (OEP) de la Oficina Sanitaria Panamericana, para el periodo 1999 – 2002, consideran las situaciones sociales, políticas y económicas del continente americano y los probables acontecimientos de esas áreas.

La situación de salud en los países de la región es producto de la interacción de todos esos componentes, a los que no es ajena la República Argentina y nuestra provincia, y muestran brechas entre los grupos poblacionales según la región, el nivel educativo y el acceso a centros de Salud.

2- FUNDAMENTOS

Retomando las cifras que muestran que el total de afectados en el mundo alcanza los 150 millones y que se prevee su duplicación en los próximos 20 años, se puede afirmar que esta verdadera explosión atribuible a factores genéticos, ambientales y culturales, se

producirá fundamentalmente en países como el nuestro, subdesarrollado.

En nuestro país, la prevalencia de Diabetes tipo 2 en la población mayor de 20 años es del 7%. Si se considera que en la Provincia de Córdoba existen 3.186.848 personas siendo los mayores de 20 años 2.409.413, existen por lo tanto 146.259 personas con diabetes tipo 2. (cálculos realizados sobre las estimaciones para el 2005 según datos del censo 2001 provenientes del departamento de estadística de la Provincia de Córdoba)

Pero la Diabetes Mellitus adquiere importancia no sólo por el aumento del número de personas afectadas sino también por las complicaciones crónicas y degenerativas que afecta su calidad de vida complicaciones crónicas y degenerativas que afectan cualitativamente la calidad de vida de las personas con Diabetes, y no sólo por su aspecto cuántico.

Tanto es así que más del 70% de pacientes diabéticos fallecen por complicaciones cardiovasculares. La nefropatía diabética grave es 17 veces más frecuente, la HTA tres veces, la arteriosclerosis dos a cuatro veces y la arteriopatía periférica seis veces más frecuente.

El A.C.V. es dos veces más frecuente y la enfermedad coronaria primera causa de muerte en Diabetes tipo II.

La nefropatía diabética es primera causa de insuficiencia renal terminal y primera causa de muerte en pacientes diabéticos jóvenes.

La retinopatía diabética sigue siendo la primera

causa de ceguera no traumática en el mundo y por tanto en el país.

La Diabetes Mellitus es responsable de:

- El 48% de las amputaciones no traumáticas.
- El 15% de los Infartos de Miocardio.
- El 40% de las Hemodiálisis.

A modo de síntesis, en la República Argentina, el 30% de los diabéticos no se trata, el 60% esta insuficientemente tratado y el 70% ya tiene complicaciones crónicas.

En relación a los aspectos socio – económicos – sanitarios, los costos de la Diabetes, según datos disponibles, indican que el 8% de las camas hospitalaria del sector público, por ejemplo en la provincia de Bs. As., son ocupadas por pacientes diabéticos, lo que equivale a un gasto de $5.000.000 anuales.

Particularmente, en nuestra provincia, de los pacientes que ingresan por internación al Hospital Córdoba, las personas diabéticas representan un 7% (Junio 2001).

En el pasado año 1998, también en este hospital, los pacientes internados por lesiones en los pies, significó una inversión para el sector público de $400.000 anuales.

En 1993, un estudio realizado en nuestro país muestra que sobre la base del 6% del gasto total en salud en la República Argentina, un paciente diabético gasta tres veces más que uno no diabético.

En general, en todo el mundo, el 5% al 10% del gasto total en salud, lo genera la Diabetes Mellitus.

El impacto social se puede describir, entre los indicadores más destacados, que la Diabetes Mellitus es

la 3er. causa en jubilaciones por incapacidad, con once años de pérdida promedio de productividad, lo que equivale a 2 o 2,5 millones de pesos de pérdida anual, en la provincia de Bs. As.

El costo de un episodio de descompensación diabética (cetoacidosis) cubriría el tratamiento completo de dos diabéticos tipo II.

La prevención de un IAM, serviría para cubrir el tratamiento completo por un año de tres pacientes diabéticos tipo I y diez pacientes tipo II.

La prevención de la amputación de dos dedos del pie cubriría el tratamiento completo de cinco pacientes diabéticos tipo II y de un diabético tipo I

El tratamiento adecuado de la Diabetes Mellitus disminuye un 50% de amputaciones no traumáticas, el 60% de las cegueras y un 70% de las cetoacidosis.

Todo lo explicitado impone, en forma impostergable, la implementación de un programa provincial que contemple acciones de prevención en sus diferentes niveles, la atención integral de las personas con diabetes y el compromiso ético de la utilización racional de los recursos disponibles.

Con el marco de la Ley Nacional N° 23753/89, Decreto Reglamentario 1271/98 se creó el Programa Nacional de Diabetes (PRONADIA) y, el Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba mediante la Ley 8785 adhiere a normas y propuestas que las mismas enuncian, a través de la Comisión Asesora Permanente en Diabetes, quien diseña e implementa este programa.

2.1.- APROXIMACIÓN DIAGNOSTICA ASISTEMÁTICA DE LA SITUACIÓN EN CÓRDOBA (SECTOR PÚBLICO PROVINCIAL) DE LA PROBLEMÁTICA DE LA DIABETES, AL MOMENTO DE LA CREACIÓN DE LA COMISIÓN ASESORA PERMANENTE EN DIABETES (JUNIO 1999).

Desconocimiento de la magnitud de la patología en el ámbito público, desde el Ministerio de Salud de la Provincia.

- Ausencia de registros específicos, en las Instituciones de Salud de la Provincia.
- Acciones aisladas y desarticuladas en relación a la atención de pacientes, con mayor desarrollo en algunas instituciones hospitalarias de capital.
- Inexistencia de actividades de capacitación programadas, destinadas a los integrantes del equipo de salud.
- Provisión discontinua y no planificada de medicamentos e insumos para pacientes ambulatorios.
- Desconocimiento respecto a la obligación de implementar la Ley Nacional 23753 y el Programa Nacional de Diabetes.

La magnitud de la problemática a nivel mundial, los déficits detectados a nivel local, anteriormente enunciados, y el marco legal vigente en relación a la Diabetes Mellitus, fundamentan la necesidad de definir: El Propósito y el Objetivo de este programa.

3-PROPÓSITO:

Lograr la implementación de una Red Asistencial de Prevención y Control de la Diabetes Mellitus en la Provincia de Córdoba, a fin de atenuar los costos socio – económicos y mejorar la calidad de vida de las personas con Diabetes.