

Especialización en Economía y Gestión de la Salud

Trabajo Final de Especialización

Autor: Leonardo Busso

EVALUACIÓN ECONÓMICA EN PACIENTES CRONIFICADOS INTERNADOS EN LA TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA (UTIP) DE UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DE PROVINCIA DE BUENOS AIRES

2013.

Citar como: Busso, L. (2013). Evaluación económica en pacientes cronicados internados en la Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) de un hospital de alta complejidad de Provincia de Buenos Aires. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

EVALUACIÓN ECONOMICA DE TECNOLOGÍAS DE GESTIÓN EN PACIENTES CRONIFICADOS INTERNADOS EN LA TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA (UTIP) DE UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

INTRODUCCION:

La problemática que aborda este proyecto se enmarca en la transición epidemiológica de población. Las variables epidemiológicas de salud y enfermedad y sus definiciones han variado en las últimas décadas. Hemos pasado del concepto de salud "como ausencia de enfermedad" al bienestar físico, psíquico y social del individuo.(O.M.S). Los fenómenos de enfermedad, muerte y morbilidad se han modificado, con un crecimiento lineal y sostenido de la sobrevida en años, y de la incidencia y prevalencia de las patologías crónicas, que obligan a una rearquitectura de la sociedad, sus valores, su funcionamiento y su planificación. Las estrategias de salud no han acompañado a este proceso de envejecimiento de las poblaciones y crean brechas constantes y deficitarias, en atención, planificación arquitectónica y generación de políticas sociales y de salud acordes a los cambios sociales, demográficos y epidemiológicos.

En el caso particular de los pacientes pediátricos, se verifican constantes avances tecnológicos, la emergencia de súper especialidades, el conocimiento más profundo de la genética y sus alteraciones, las vías metabólicas, el crecimiento de las técnicas de laboratorio, diagnóstico y tratamiento, cuyo resultado es la sobrevida de pacientes con secuelas severas o necesidades especiales, que hasta hace 40 años no sobrevivían. Son individuos contemplados dentro de la Ley Nacional de Discapacidad. La sociedad no está preparada para la recepción en condiciones dignas de estos niños y los sistemas de salud no contemplan usualmente prioritarias las necesidades de estos niños y sus familias con un agujero negro en políticas claras que contemplen el bienestar físico psíquico y social de estos grupos humanos.

Frente a este panorama, el sistema de salud no tiene respuesta a la atención de estos pacientes pediátricos fuera del ámbito hospitalario: No hay una política clara, de hecho no hay una política que contemple la inserción de estos pacientes en sus familias y sus familias en la sociedad actual. Permanecen institucionalizados, recordando el concepto antiguo de "leprosarios", pero, internados en unidades de pacientes agudos, distorsionando la función de dichas unidades, generando ocupación de camas de pacientes agudos con la definición de un dilema ético asistencial novedoso para el equipo de salud, que debe elegir entre pacientes agudos y crónicos y sufrir el impacto de sus decisiones. La alternativa de la internación domiciliaria existe como prestación, aunque no universalizada, y la evidencia es claramente elocuente sobre los beneficios de la reinserción de estos niños en sus hogares y el concepto de salud que implica para la familia el regreso a su entorno natural y cotidiano.

JUSTIFICACION:

En la actualidad los servicios de terapia intensiva se encuentran inmersos en un nuevo paradigma caracterizado por la atención de pacientes crónicos en servicios que tenían como misión la atención de pacientes agudos que requieran alta complejidad. Se observa un incremento significativo en la cantidad de unidades de internación ocupadas por pacientes que ya no tienen indicación de permanecer internados en unidades de agudos, pero que de todas maneras no pueden ser externados a sus domicilios por requerir cuidados específicos, con requerimiento de personal de enfermería incluso las 24 horas, equipamiento, e infraestructura (pacientes cronicados), que en muchas ocasiones es imposible de satisfacer para familias de pacientes atendidas en instituciones públicas, quienes no cuentan con obra social, y que generalmente habitan en hogares que no están en condiciones de alojar pacientes que requieran este tipo de cuidados.

Esta problemática debe ser abordada desde el área de salud que se dedique a la gestión, debido a que los pacientes anteriormente mencionados ocupan gran cantidad de días camas generando déficit de las mismas para pacientes con patología aguda quienes tienen indicación de ingreso en las unidades de terapia intensiva. Dentro de las funciones que debe desarrollar el área de gestión de salud se encuentra la de optimización de los recursos, y poder encontrar estrategias sustentables para la atención de este tipo de pacientes, con lo cual se les resolvería el dilema a los pacientes crónicos y sus familias; y se generaría mas capacidad para la atención de pacientes agudos, que en algunas oportunidades hasta pueden fallecer en las guardias

de los hospitales de menor complejidad a la espera de una unidad de internación en servicios de terapia intensiva.

El tema objeto de este trabajo es de suma importancia debido al dilema ético asistencial para quienes se desempeñan en servicios de terapia intensiva, debido a la falta de cantidad de unidades necesarias para asistir a pacientes que requieren cuidados críticos, y a su vez destinar los escasos recursos a pacientes que podrían atenderse con modalidades de menor complejidad.

Es un tema de actualidad, que requiere de un debate profundo para generar nuevas modalidades de gestión para la atención de estos pacientes con el consiguiente aumento de camas para pacientes agudos.

El Hospital El Cruce de Florencio Varela, es un Hospital de Alta Complejidad que funciona en red con los Hospitales de la zona (Florencio Varela, Berazategui, Quilmes, Solano, Alte. Brown). Su misión es resolver la patología compleja que no puede resolverse en los Hospitales de segundo nivel de la red. Es un Hospital cerrado que solo recibe derivaciones, primero de los Hospitales de la Red y secundariamente de zona sexta o del resto del país.

El trabajo consiste en una investigación retrospectiva en donde la unidad de análisis serán todos los pacientes ingresados en la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica del Hospital El Cruce de Florencio Varela durante el año 2011, y como subgrupo los pacientes cronificados en el Servicio, definidos como aquellos que permanecen internados durante más de 30 días.

PROBLEMA:

La problemática de este trabajo está centrada en un nuevo grupo de pacientes que ocupan unidades de internación en Instituciones de Salud (de tercer nivel?) que tienen como misión la atención de pacientes agudos de alta complejidad, generando disminución de camas y un elevado costo para el sistema de salud.

Esta problemática surge por el aumento en la expectativa de vida de pacientes que gracias a los avances tecnológicos y la medicina superespecializada tienen posibilidades de una sobrevida mucho más prolongada que hace algunos años, pudiendo generar una dependencia de la tecnología médica.

Por otro lado el problema se agrava por la condición social sociocultural y económica de muchos de estos pacientes que no les permite enfrentar su atención médica en

forma particular debido a su alto costo . A esto se agrega las deficientes condiciones ambientales y edilicias donde estos pacientes viven haciendo imposible en la mayoría de los casos la atención domiciliaria.

Nuestro fragmentado sistema de salud favorece este tipo de situaciones si tenemos en cuenta que los pacientes con cobertura privada acceden a las prestaciones incluidas en la internación domiciliaria, no así los pacientes mas carenciados que son los que se internan en las Instituciones Públicas de Salud. El paciente que llega a la institución pública es de clase social con menores ingresos económicos y generalmente no están mutualizados por falta de empleo de o trabajos en negro de sus padres.

Otra situación a tener en cuenta a tener en cuenta es la de las Instituciones de Salud de segundo nivel de atención, quienes podrían recibir estos pacientes para generar más capacidad en los centros de alta complejidad, pero sus realidades hacen que les sea imposible poder atender pacientes que aunque presenten patologías crónicas dependen de asistencia respiratoria mecánica, requieren enfermería especializada las 24 hs, y atención medica capacitada en el manejo de este tipo de pacientes.

Todas estas causas enumeradas impactan en el análisis de costos y la misión de la unidad de internación en terapia intensiva pediátrica por la mala utilización del recurso y el dilema ético asistencial.

OBJETIVO GENERAL:

Analizar los costos de la atención de los pacientes cronificados en el Servicio de Terapia Intensiva Pediátrica del Hospital El Cruce de Florencio Varela ingresados durante el año 2011.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1- Analizar las diferentes tecnologías de gestión sustentables, que pudieran aplicarse en los pacientes cronificados en la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica del Hospital El Cruce de Florencio Varela
- 2- Comparar los costos que insumen los pacientes cronificados en Terapia Intensiva Pediátrica con los que insumirían en Unidades de Internación Clínica e Internación Domiciliaria.
- 3- Evaluar la cantidad de días cama que ocupan estos pacientes y compararlo con la potencial utilidad (o determinar el costo de oportunidad de ocupar cama que podría destinarse a pacientes agudos) que se le daría para pacientes agudos (cantidad de

pacientes que podrían internarse teniendo en cuenta el promedio de días de internación de los pacientes con patología aguda).

MARCO TEORICO

Según la Agencia de Evaluación de Tecnologías de Salud del Instituto de Salud Carlos III de Madrid, se define a la Evaluación de Tecnologías de Salud como "el proceso de análisis e investigación, dirigido a estimar el valor y contribución relativos de cada tecnología sanitaria a la mejora de la salud individual y colectiva, teniendo en cuenta además el impacto económico y social".

Los recursos económicos aplicados al sector salud, independientemente de la riqueza del país, son siempre limitados y por ende resulta necesario utilizarlos de la forma más productiva posible, es decir de la manera más eficiente, entendiendo por eficiencia la mejor relación coste-efecto (resultado) de una alternativa de uso de recursos frente a otras alternativas evaluadas.

La evaluación de tecnologías creció a partir de los años 70 en los países desarrollados como una multiplicidad de programas y organizaciones que desarrollan, sintetizan y diseminan información sobre la utilidad de los procedimientos y prácticas utilizados en los servicios de atención a la salud(24). Identificadas genéricamente como Agencias de Evaluación de Tecnologías, sus objetivos han sido principalmente los de proveer información fidedigna sobre la efectividad, los costos, los efectos adversos y las consecuencias éticas y sociales de las tecnologías sanitarias a los tomadores de decisiones (25).

Estos organismos nacionales o regionales (26) se han desarrollado a través de distintas formas de organización: unidades de los ministerios de salud; agencias privadas; unidades en el marco de organizaciones profesionales; agencias dependientes de instituciones aseguradoras; unidades de las universidades y agencias dependientes de instituciones benéficas.

Según los contextos sanitarios en los que se insertan las Agencias de ETES, los enfoques del trabajo han sido diferentes poniendo mayor o menor énfasis en aspectos tales como la producción de reportes con resultados de investigación primaria (ensayos clínicos, etcétera) o secundarios (revisiones), la diseminación de información o la regulación.

El itinerario de Canadá en los últimos 20 años se describe a través de procesos paralelos en lo académico y lo gubernamental, donde se destaca la influencia que la ETES adquirió en la definición de políticas de salud (26). En los años 70 se impulsó con especial énfasis a nivel académico el área de investigación. En la década del 80 se produjo la participación con la Colaboración Cochrane a través de grupos que comenzaron a trabajar en el análisis de la evidencia científica (grupos Cochrane), para finalmente consolidarse en los 90 el ámbito de Medicina Basada en la Evidencia (Evidence Based Medicine). A nivel gubernamental, por otro lado, se generaron en los años 80 numerosas agencias federales de evaluación de tecnologías con énfasis en el análisis secundario de la evidencia generada, en gran parte en el ámbito académico nacional, que comenzaron a tener importante incidencia en las instancias de regulación del sector salud. Estas agencias dieron lugar posteriormente a la coordinación de agencias estatales (Canadian Coordination for Health Technology Assessment).

En Estados Unidos(26) el desarrollo de la ETES se produjo precozmente con la creación de la Oficina para la Evaluación de Tecnologías, dependiente del Congreso (Office for Technology Assessment) que funcionó entre 1972 y 1978. Los distintos organismos que funcionaron a partir de éste (National Center for Health Technology Office of Health Technology Assessment, Agency of Health Care Policy and Research), sufrieron la presión de los distintos actores para imponer su visión en función de sus intereses en la toma de decisiones en el sector. Se señalan, sin embargo, como elementos favorecedores hacia una racionalidad en la asignación de recursos en salud en este país, la disposición de instituciones de investigación de alto nivel y de organismos evaluadores de tecnologías, la implementación de uno de los sistemas de información en salud más completos y el desarrollo específico de destrezas gerenciales.

En España, a partir de 1984, algunas Regiones Autónomas implementaron en forma descentralizada actividades de ETES como respuesta a contextos socioeconómicos y sanitarios particulares. Es el caso de Andalucía, Cataluña y País Vasco(27). A nivel nacional la regulación de los servicios brindados por el Sistema Nacional de Salud se realiza a través del Grupo de Trabajo en Evaluación de Tecnologías, que es un grupo asesor del Consejo Interterritorial de Salud, que abarca a las distintas regiones.

Las Agencias de ETES existentes en España presentan distintos estatus jurídicos y se encuentran constituidas por un staff fijo de investigadores que solicita la colaboración de consultores o paneles de expertos según las necesidades planteadas. El énfasis fundamental está puesto en las revisiones de bibliografía y la necesidad de traducción a nivel local de estos resultados a través de análisis económicos, legales, etcétera.

Igualmente existe una preocupación creciente por el desarrollo de estrategias de difusión de la información producida.

En el Reino Unido, a pesar de constituir el punto principal de desarrollo de la investigación primaria en los años 80, la ETES fue reconocida recientemente como una herramienta importante en la definición de políticas de salud.

Este proceso se produjo en paralelo a la reforma implementada en el Sistema Nacional de Salud que promovía la creación a su interior de un "mercado interno" (26). La ETES en el Reino Unido abarca no sólo evaluación de drogas y equipamiento sino todo el espectro de la práctica médica. Constituye tanto investigación primaria como revisiones de evidencia pre-existente especialmente impulsadas por la Colaboración Cochrane y el Centro de Revisión y Diseminación del Sistema Nacional de Salud (28).

Existe una multiplicidad de productores de ETES donde es posible observar el funcionamiento de todo el espectro de modalidades organizacionales que describiéramos. La estrategia gubernamental ha sido la de establecer coordinaciones entre las diversas unidades, más que la de generar un organismo estatal con rol preferencial en esta materia.

El Consejo de Investigación Médica es la principal agencia a través de la cual el gobierno financia la investigación biomédica y clínica, e igualmente existe un programa del Sistema Nacional de Salud de Evaluación de Tecnologías desde 1992. Los organismos estatales actuarían como favorecedores y como coordinadores del pluralismo existente en cuanto a métodos de revisión de la evidencia y formas de difundirla.

El enfoque general ha sido el de identificar las prioridades en la asignación de recursos y detectar los gastos innecesarios del sistema. La evaluación de tecnologías en salud (ETES) se define como la forma integral de investigar las consecuencias clínicas, económicas y sociales del empleo de las tecnologías en salud y sus efectos directos e indirectos, deseados y no deseados.

La evaluación de tecnologías en salud se caracteriza por constituir un vínculo o "puente" entre la ciencia y las políticas de salud (4). Se distingue de este modo del resto de la investigación en salud por su orientación política (5).

Mientras que los investigadores del área de la salud persiguen como objetivo primario un incremento en el conocimiento, los evaluadores de tecnologías de salud desean producir información útil para la toma de decisiones políticas, como la cobertura de los seguros de salud, la asignación de recursos, etcétera.

El desarrollo de la evaluación de tecnologías abarca diferentes niveles según Battista(2):

- nivel de políticas de salud (macro): orienta en las directivas a adoptar en lo que respecta a la asignación de recursos, regulación y sistemas de reembolso,
- nivel institucional (meso): facilita el gerenciamiento de las instituciones,
- nivel clínico (micro): colabora en la toma de decisiones clínicas a través de la difusión de guías clínicas.

Según los diferentes contextos y tendencias se realiza —a través de un abordaje multidisciplinario— la evaluación de los equipamientos utilizados, los medicamentos, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, y las diferentes formas de organización de los servicios de salud.

El análisis económico incluye al menos cuatro herramientas clásicas de evaluación:

- La minimización de costos parte del supuesto de que las alternativas diagnósticas o terapéuticas evaluadas tienen exactamente el mismo efecto.
- El análisis costo-beneficio se distingue porque tanto el numerador como el denominador del ratio se expresan en términos monetarios, lo que permite la comparación de programas con diferentes unidades de medida de efectividad. En salud se observa un uso creciente sobre todo por la extensión de la técnica de valoración contingente (disponibilidad a pagar por la obtención de un resultado favorable en el estado de salud).
- En el análisis de costo-efectividad se mide el efecto en unidades naturales de efectividad (morbilidad, mortalidad, casos tratados, etcétera).
- Los estudios de costo-utilidad presentan la ventaja de incorporar el concepto de calidad de vida en la medición del efecto. Relaciona las diferencias entre costos y años de vida ganados ajustados por utilidad, producidas por dos o más intervenciones.

Principales tendencias

De la misma manera que se señala que el sistema de salud es un “sistema de enfermedad”, el énfasis de la ETES ha estado ubicado principalmente en las tecnologías innovadoras que involucran equipamiento costoso y personal superespecializado(29).

En países como Canadá, Suecia y el Reino Unido existe una tendencia creciente en los últimos años a abordar integralmente temas de salud, tratando aspectos preventivos, curativos y de rehabilitación.

El área de los exámenes preventivos ha sido explorada en numerosas evaluaciones, particularmente la del grupo de trabajo sobre prevención de Estados Unidos (U.S. Prevention Task Force) demostrando que estos estudios se introducen precozmente, muchas veces, sin evaluaciones adecuadas. Se intenta explorar la validez de las prácticas preventivas en términos de calidad de vida y costoefectividad(29).

Del mismo modo se comienza a jerarquizar el área de rehabilitación en países como Suecia y Dinamarca, en base al impacto progresivo de las enfermedades crónicas. En este sentido se han incorporado temas tales como patologías de la columna, diabetes, enfermedades mentales y rehabilitación de patologías neurológicas. El objeto de la evaluación resulta cada vez más amplio: medicamentos, equipamiento, prácticas preventivas, procedimientos de mediana o alta tecnología, o modos de organización en salud.

La evaluación económica de las tecnologías sanitarias tiene como objetivo comparar el impacto de la intervención sobre el estado de salud de los individuos afectados (resultado) con el impacto de la intervención sobre el consumo de recursos correspondiente a diversas tecnologías sanitarias sometidas a comparación. La valoración monetaria de los recursos consumidos constituye precisamente la estimación de los costes atribuibles a la intervención. Así, en la evaluación económica de tecnologías sanitarias, los costes se estiman multiplicando las cantidades de recursos utilizados por el coste unitario de estos recursos a precios constantes.

Tipología de costes

¿Cuáles son los recursos que pueden ser objeto de valoración en la evaluación económica de tecnologías sanitarias? El impacto de las intervenciones sanitarias sobre los recursos consumidos se puede clasificar potencialmente en 3 grupos: los costes sanitarios, los costes no sanitarios y el coste de las transferencias.

Los costes sanitarios comprenden los costes directos relacionados con el conjunto de la intervención, los costes sanitarios futuros y otros costes sanitarios. Los costes directos son la valoración de los cambios que supone la intervención en los bienes y servicios usados en la propia intervención y sus efectos secundarios. Así, los costes directos incluyen el consumo de todo tipo de recursos (tiempo del médico, tiempo del paciente, fármacos, pruebas diagnósticas, etc.). Aquí se incluyen el tiempo del personal sanitario, los medicamentos, las pruebas diagnósticas, etc.

Los costes sanitarios futuros representan los costes atribuibles al hecho de que, como resultado de la tecnología sanitaria, los individuos experimentan una mejora en su

esperanza de vida. Existe una amplia controversia sobre la inclusión de los costes futuros que corresponden a los años de vida ganados.

Los costes no sanitarios incluyen costes como los de los servicios sociales, el desplazamiento y el tiempo de los pacientes. Los costes no sanitarios se pueden clasificar en: costes a cargo de otros presupuestos públicos (por ejemplo, servicios sociales), costes por cuidados informales, costes de transporte de los pacientes, otros gastos monetarios a cargo del paciente, coste del tiempo del paciente empleado para recibir la atención, costes de productividad asociados a la morbilidad y mortalidad y costes no sanitarios futuros.

Los costes de productividad comprenden dos tipos de costes: los costes de morbilidad y los costes de mortalidad. Los costes de morbilidad son los que corresponde a la pérdida o restricción de capacidad para trabajar (por ejemplo, el tiempo de recuperación o convalecencia). Por otro lado, los costes de mortalidad son los atribuidos a la pérdida de productividad a causa de la muerte. Cuando la evaluación utiliza medidas de resultado como los años de vida o los años de vida ajustados por calidad (AVAC), los costes de mortalidad no deben ser valorados, ya que este impacto ya es tenido en cuenta en la medida de efectividad.

Los costes de productividad o indirectos son una de las principales fuentes de controversia en la evaluación económica. Transferencias como los distintos tipos de pensiones (por invalidez laboral transitoria, por ejemplo) representan flujos monetarios de un grupo de individuos a otro (redistributivos), sin que ello realmente implique consumo de recursos para la sociedad en su conjunto y por esta razón se recomienda generalmente su exclusión de las evaluaciones económicas.

Medida de los recursos utilizados:

La medida de los recursos consiste en determinar las cantidades en unidades físicas (número de visitas al médico, días de estancia en el hospital, número de pruebas de laboratorio, etc.) que se consumen en cada una de las categorías identificadas en la primera fase para cada tecnología sanitaria que se va a evaluar.

Valoración de los recursos utilizados:

La valoración consiste en asignar un precio a los recursos utilizados. Cuando existen precios observables en el mercado, y se puede suponer razonablemente que éstos reflejan el coste de oportunidad, basta con multiplicar los precios por las cantidades estimadas en la etapa anterior para obtener la valoración de los recursos utilizados. Sin embargo, las cosas no son tan sencillas y la valoración de costes requiere superar algunos problemas que se presentan a menudo en las evaluaciones económicas. En

primer lugar, para algunos de los recursos consumidos no existen precios observables en el mercado (por ejemplo, para el coste del tiempo). Y, en segundo lugar, en algunos casos existen precios, pero éstos no reflejan el verdadero coste de oportunidad de los recursos. En ambos casos, se deben emplear precios ajustados o precios sombra a partir de diversos métodos propuestos por la economía.

Los estudios económicos basados en los costos

Los dos tipos de estudios económicos sobre costos de las tecnologías o programas sanitarios más comunes en la literatura clínica son los estudios del costo de la enfermedad y las evaluaciones basadas en la minimización de costos.

El objetivo de los estudios del costo de la enfermedad es identificar y medir todos los costes asociados a una enfermedad (Byford et al⁴), por ejemplo, el coste de las enfermedades cardiovasculares. En la medida en que en este tipo de estudios no se comparan diversas tecnologías y tampoco se analizan efectos sobre el estado de salud (resultados), no constituyen una evaluación económica sino una simple evaluación de costos.

En cambio, en los estudios de minimización de costos se comparan dos o más alternativas de intervención sanitaria para las que se supone que la efectividad es idéntica. Si no hay diferencias en los resultados de las intervenciones, entonces el objeto de la evaluación es identificar cuál de las alternativas produce ese resultado con el coste más bajo (minimización de costes). La evaluación se convierte, pues, en la búsqueda de la alternativa más barata.

Los derechos conviven entre si y al igual que los hombres, deben limitarse en el uso de sus derechos individuales para dar lugar a los derechos de la sociedad en su conjunto que son los derechos que se encuentran por encima de los demás.

A eso se llama vivir con otros, vivir en sociedad.

Suele enunciarse que el sistema de salud debe regirse por los valores y derechos de universalidad, equidad y accesibilidad.

La universalidad se vincula con que todo habitante debe tener derecho al aseguramiento de la atención de su enfermedad por parte del Estado, es decir por parte de la sociedad en su conjunto, una extensión del superior derecho a la vida.

La equidad se refiere al modo de ejercer el aseguramiento de la atención de la enfermedad, y el modo que la sociedad consensua no es el de la igualdad (a todos todo) sino el de la equidad (a cada uno según lo que necesite), con lo cual se establece una limitación al acceso de lo que cada uno "no necesita".

El concepto de "equidad" presenta dos dimensiones bien diferenciadas: la "Equidad Horizontal" refiere a que a igual necesidad, se brinde igual posibilidad de acceso e igual calidad, y la "Equidad Vertical", alude a que los individuos con mayores necesidades reciban mayor asistencia.

El tercer término del enunciado es el de "accesibilidad", es decir que debe asegurarse el tener derecho al ejercicio de la "equidad universal".

En general se considera el término "accesibilidad" en la acepción de evitar las barreras que limitan la equidad tanto desde el punto de vista geográfico (tener posibilidad de atención sanitaria en distancias que no la impidan y los medios de transporte que la faciliten), como económico social (tener acceso a los cuidados de la salud más allá de las limitaciones por el nivel de ingresos o condición social de los acreedores al derecho a la atención en el marco del principio de la "equidad universal"), u organizacional (poner a las instituciones de atención de la salud y la enfermedad en condiciones de facilitar el acceso teniendo en cuenta los horarios, los tiempos de espera, en fin, la institución centrada en el usuario).

Sin embargo no se trata de tener derecho a acceder a todo lo que en nuestra sociedad sea publicitado, ofrecido, promovido, auspiciado, sino a aquello cuya eficacia esté demostrada científicamente, con rigor metodológico de análisis. Y no sólo que sea eficaz para ofrecer la recuperación de la salud, sino que sea seguro su uso para el paciente como para los demás. Que los efectos adversos se encuentren dentro de límites aceptables, donde los beneficios superen con amplitud a los riesgos no deseados.

Derecho a la "equidad universal", es el principio de la "costo-efectividad", es decir que la efectividad de un tratamiento, de un método de diagnóstico, del modo en que se organiza la prestación de los servicios, representen el menor costo para alcanzar el resultado esperado, el beneficio buscado, la utilidad perseguida tanto por el ciudadano individual como por la sociedad en su conjunto.

La ineficiencia como antónimo de eficiencia, es el mayor factor de inequidad en lo que corresponde a las erogaciones de la asistencia sanitaria pública, por introducir importantes discriminaciones en el acceso y en la calidad de los servicios.

El gobierno clínico de la Red en la cual se encuentra inmerso nuestro Hospital, apunta a éste rol de moderación, armonía y legitimación de la equidad que asegure a cada cual la cobertura según sus reales necesidades.

Los médicos representan alrededor del 0,25% de la población y sin embargo sus decisiones determinan la manera en que se gasta alrededor del 8% del PBI (el destinado a "salud").

El médico tiene la obligación de obtener la información sobre el costo y efectividad de las decisiones terapéuticas que adopta. La eficacia asistencial no puede dissociarse de la eficiencia en el empleo de los recursos.

MARCO LEGAL

La salud es un bien jurídico colectivo. Su respeto se obtiene a través de la prevención, que es responsabilidad del Estado, y garantizando el acceso a las prestaciones y servicios adecuados.

La discapacidad comienza como un problema de salud que, al no obtener respuesta, se torna un problema social.

Al igual que la educación, la salud no es delegada por las Provincias a la Nación: si bien la Nación cumple funciones normativas en cuanto a la Política Nacional de Salud, las intervenciones particulares quedan a cargo de las Provincias.

La Ley Nº 22431 Sistema de protección integral de los discapacitados en el Nivel Nacional y la Ley Nº 10592 (Régimen Jurídico Básico e Integral Para Las Personas Discapacitadas) en el Nivel Provincial, son las que regulan el marco jurídico principal, a partir de las cuales, se derivan otras normas de mayor especificidad en lo referido a la temática.

La Ley Nacional Nº22431 sobre el Sistema de protección integral de los discapacitados refiere en el artículo 1º que se instituya un sistema de protección integral de las personas discapacitadas tendientes a asegurar a estas su atención médica, educación y su seguridad social. Considera discapacitada, toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral.

Establece en su apartado sobre Salud y asistencia social que el Ministerio de Salud de la Nación pondrá en ejecución programas a través de los cuales se habiliten, en los hospitales, de acuerdo a su grado de complejidad y al ámbito territorial a cubrir, servicios especiales destinados a las personas discapacitadas.

La Ley de la Provincia de Buenos Aires Nº 10.592 (Régimen Jurídico Básico e Integral Para Las Personas Discapacitadas): Acuerda con el artículo primero y en lo relacionado a la definición de una persona con discapacidad con la Ley Nacional.

Establece que la certificación de la existencia de la discapacidad, será efectuada por la Junta Medica Descentralizada del MSPBA. En el CAPITULO I en relación al apartado sobre salud establece entre las obligaciones del Ministerio de Salud para el cumplimiento de la presente Ley, que debe Otorgar subsidios a discapacitados sin cobertura social con destino a la obtención de elementos de recuperación y rehabilitación de alta complejidad médica, y de tratamientos médicos especializados que no se realicen en establecimientos estatales; el Otorgamiento de subsidios y/o subvenciones a Institutos Municipales o privadas sin fines de lucro, especializadas en la rehabilitación de la salud, y de asistencia médica para discapacitados y psicopedagógica para la atención de moderados y severos; Promover la creación de servicios de rehabilitación o establecimientos de asistencia médica para discapacitados; normatizar, fomentar, habilitar y fiscalizar otros servicios y establecimientos de atención de la salud para discapacitados en el ámbito privado.

La Resolución 704/2000 del MSN es la que regula las Normas de Organización y Funcionamiento de Servicios de Internación Domiciliaria, incorporándolas al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

A Nivel Nacional, el PMO, Programa Medico Obligatorio Resolución 201/02 MS y sus modificatorias, es el régimen de Asistencia Obligatoria para todas las Obras Sociales del sistema de la Ley Nro 23.660 Ley Nacional de Obras Sociales y 23.661 Creación del Sistema Nacional del Seguro de Salud, es decir que todos los Agentes del Seguro involucrados en las mencionadas leyes (y todas las Obras Sociales que adhieren al mismo), deben asegurar a sus beneficiarios que mediante sus propios servicios o a través de efectores contratados, se garantizan las prestaciones que en él se detallan explícitamente; la cual incluye la obligatoriedad de brindar el servicio de Internación domiciliaria en un 100% de cobertura.

En el Plano Provincial el artículo primero de la Resolución 1357/07 de IOMA, establece el reordenamiento del Programa de Internación Domiciliaria, que incluye como beneficiarios a los pacientes crónicos.

Si bien la normativa expresa que su objetivo es agilizar el trámite de referencia, no se establecen en ella plazos.

Este Marco Normativo, junto a sus actualizaciones, decretos, leyes, reglamentaciones y/o normas complementarias que referencian la problemática planteada, nos permiten concluir:

- Existe la obligatoriedad de brindar el servicio de Internación domiciliaria para pacientes crónicos, tanto por parte del IOMA, como de las Obras Sociales Nacionales y Prepagas; ya que el PMO lo establece con un 100% de cobertura.
- Si bien ciertas normas mencionan como objetivo agilizar los tiempos de respuesta, en la práctica se verifica una considerable demora en la obtención del beneficio de interacción domiciliaria.
- Desde el Estado no han existido programas para desarrollar el servicio de Internación Domiciliaria estatal.
- La actividad está regulada por el Ministerio de Salud, donde se describe detalladamente la estructura organizacional que debe tener una empresa de internación domiciliaria y los requisitos para la habilitación en el Ministerio.

MARCO REFERENCIAL:

DEFINICIONES DE INTERNACIÓN DOMICILIARIA

Algunas de las definiciones sobre Internación domiciliaria o cuidados domiciliarios son:
Es una práctica que apunta a estar más cerca de los ciudadanos que necesitan ser atendidos, una concepción moderna que combina la eficiencia de un equipo de salud interdisciplinario con recursos técnicos de actualidad para lograr así una prestación ambulatoria cuyo papel fundamental es resguardar la autonomía y calidad de vida del paciente." (1)

"La hospitalización domiciliaria (HD) es un recurso sanitario específico, que permite tratar en su propio domicilio a un grupo seleccionado de pacientes, poniendo a su disposición una infraestructura sin la cual los enfermos permanecerían hospitalizados. Se trata pues, de una extensión del hospital al domicilio del paciente". (2)

"El servicio de internación domiciliaria es la respuesta más efectiva y moderna a los principales problemas de los servicios de salud del mundo. Brinda la posibilidad al enfermo de acceder a una prestación similar en calidad técnica sanatorial, pero superior en calidad humana y a costos sensiblemente inferiores." "Es recomendable, en casos de internación prolongados, a pacientes de padecimientos subagudos y crónicos, enfermedades invalidantes, oncológicos, psiquiátricos, pos quirúrgicos, etc., la implementación de un alta temprana y la continuación de un tratamiento en su propio hogar, sabiendo que solo la relación permanente con su núcleo familiar -donde se respetan sus costumbres y se encuentran sus afectos- determina las mejores condiciones para su recuperación." (3)

"Es una modalidad de atención de la salud, mediante la cual se brinda asistencia al paciente-familia en su domicilio, realizada por un equipo multiprofesional y multidisciplinario cuya misión es: promover, prevenir, recuperar, rehabilitar y/o acompañar a los pacientes de acuerdo a su diagnóstico y evolución en sus aspectos físicos, psíquicos, social, espiritual, manteniendo la calidad, el respeto y la dignidad humana" (4)

(1) Monografía "La Internación Domiciliaria reduce los costos en salud" Luis Rodolfo Hipólito Pedro Iribarne Dávalos.

(2) "Hospitalización domiciliaria, una nueva modalidad de tratamiento" Dra. M^a Antonia Gómez Mendieta. Servicio de Neumología. Hospital Universitario La Paz. Madrid

(3) Cámara Argentina de empresas de Internación domiciliaria

(4) Ministerio de Salud de la Nación

BREVE RESEÑA HISTORICA

Internación Domiciliaria (ID) es una modalidad de atención que surge en 1947 en Nueva York, Estados Unidos, por iniciativa del Dr. Bluestone, del Hospital "Montefiori"; como una extensión del hospital hacia el domicilio del paciente. Las razones para crear esta primera unidad de ID en el mundo eran descongestionar las salas hospitalarias y brindar a los pacientes un ambiente más humano y favorable para su recuperación. A partir de allí hubo múltiples experiencias de este tipo tanto en Estados Unidos como en Europa, con estructuras y procedimientos adaptados a cada sistema nacional de salud. En los años sesenta, en Canadá, comenzaron a funcionar servicios de ID orientados a pacientes quirúrgicos dados de alta tempranamente. En hospitales de Montreal se realizó, en 1987, una experiencia piloto extra mural que consistía en la administración de antibióticos parenterales en el domicilio de pacientes con problemas agudos. En Europa, el Hospital de Tenon en París, Francia, fue el primero en crear una unidad de hospitalización domiciliaria en 1951. Más tarde, en 1957, se estableció el Santé Service, organización no gubernamental sin fines de lucro que aún hoy sigue prestando asistencia socio-sanitaria a domicilio a pacientes con enfermedades crónicas y terminales.

En el Reino Unido, la ID, fue introducida en 1965 con el nombre de Hospital Care at Home. En Alemania y Suecia fue desarrollada durante los años setenta, y en Italia – con el nombre de Ospedalizzazione a Domicilio-, recién a comienzos de los años

ochenta. En España llega en el año 1982, tomando gran empuje en los noventa sobre todo en el País Vasco y en la Comunidad Valenciana.

Debido al desarrollo irregular de la ID en Europa, tanto cualitativamente como cuantitativamente, la Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud coordinó y puso en marcha, a partir de 1996, el programa From Hospital to Home Health Care, dirigido a promover, estandarizar y registrar más adecuadamente esta modalidad asistencial.

Por su parte en la Argentina las primeras experiencias en internación domiciliaria fueron producto de la extensión hospitalaria, el hospital de la Comunidad de Mar del Plata y el hospital Castex de San Martín fueron pioneros en esta modalidad de atención. En 1991 la empresa "En Casa", conformada por médicos Clínicos del hospital Italiano en asociación con otros profesionales, emprende este desafío que luego sería imitado por otras empresas privadas para brindar el servicio a prepagas, Obras sociales, mutuales y pacientes privados.

La Internación domiciliaria en Argentina se encuentra en manos de la actividad privada a través de empresas abocadas a tal fin. Son escasos los ejemplos de entidades estatales que han asumido este desafío como un cambio de paradigma, y en muchos casos responden a programas específicos y descontextualizados de una política seria en materia de atención domiciliaria.

Ejemplos de instituciones estatales, que se han podido detectar y que se encuentran desarrollando esta modalidad de atención en nuestro país son el Hospital de la Comunidad de Mar del Plata, pionero junto al hospital Castex de San Martín en ID, la Maternidad Martín en la ciudad de Rosario con su servicio de pediatría domiciliaria, enmarcado dentro del Departamento de Interacción domiciliaria (CEMAR) de la Secretaría de Salud Pública de esa ciudad y hospitales del interior donde dentro del plan de desmanicomización han implementado servicios de psiquiatría y psicología a domicilio sin llegar a significar esto necesariamente un cambio en las políticas de salud existentes (ejemplo la subsecretaría de Salud de la provincia de Santa Cruz).

Otro dato no menos significativo de esta investigación es la concentración de empresas abocadas a la ID en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y provincia de Buenos Aires, registrándose datos de escasa presencia en provincias del interior del país, e incluso la ausencia en muchas de ellas.

"El Ministerio de Salud, a través de la resolución 704/00, ha promulgado las normas de acreditación de las instituciones de internación domiciliaria. Además en el orden

jurídico también determinó que el Programa Médico Obligatorio incorpore la prestación de la internación domiciliaria en los actores del sistema de seguridad social y de empresas de medicina prepaga",

Este trabajo se basa en la transición epidemiológica en la que está inmersa el Sistema de Salud en el mundo, en el cual debido a los avances tecnológicos y a la evolución de la medicina, los pacientes cronificados (pacientes que ingresan a servicios de Terapia Intensiva con patología aguda y que una vez resuelta la misma continúan con requerimientos de soporte vital) viven durante muchos años, incluso cada vez con más expectativas y mejor calidad de vida. En este contexto y teniendo en cuenta los propios pacientes y su grupo familiar son muchos los países que se están ocupando de esta problemática utilizando una nueva metodología de gestión que es la Internación Domiciliaria.

Experiencia en Chile:

En Chile se encuentra desarrollado un Sistema de Atención Domiciliaria, a cargo del Ministerio de Salud de Chile, llamado AVNI, que contempla la atención de este tipo de pacientes en sus domicilios.

El programa AVNI ocurre en distintos escenarios. En el momento en que el paciente se postula, la evaluación se debe realizar en su hospital. El paciente deberá presentar estabilidad clínica de al menos un mes e informe social elaborado por la asistente social de su Hospital de Base.

Una vez que ha sido aceptado su ingreso al programa AVNI, se realiza instalación y programación de parámetros en su Hospital de Base, el responsable es el encargado del Programa AVNI del hospital. También se podrá realizar en su domicilio por el equipo de profesionales del programa, con las indicaciones del Médico del hospital base, según se decida.

Conjuntamente, el equipo de profesionales tanto del programa, como del hospital, entrenan a la familia y/o cuidadores informales en el manejo del niño con necesidades especiales y dependencia tecnológica, respecto a identificación de signos de alarma y plan de contingencia.

Es importante considerar, que este programa funciona manteniendo la articulación en los diferentes niveles de atención primaria, secundaria y terciaria, de esta manera, se aumenta la capacidad resolutive de la red de salud. Ante la eventualidad de exacerbaciones leves el paciente será evaluado en la atención primaria en su respectivo consultorio o en el nivel secundario por Neumólogos encargado del

programa, como consultas no programadas. En las exacerbaciones severas en que exista deterioro clínico, con dificultad respiratoria y evidente aumento de los requerimientos ventilatorios del paciente, la evaluación se hará en el servicio de urgencias o en domicilio por el Servicio de Preemergencias (SAMU). En el domicilio del paciente el reconocimiento de una condición clínica estable o de una exacerbación será responsabilidad del kinesiólogo del programa AVNI, de la enfermera AVNI, de los cuidadores y de los servicios de preemergencia domiciliaria (SAMU).

Los objetivos de este programa son:

- Entregar asistencia ventilatoria no invasiva en domicilio a los pacientes que cumplen criterios de ingreso.
- Contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad de los pacientes
- Prolongar la sobrevida de pacientes
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes

Calidad de vida es un concepto multidimensional que incluye estilo de vida, vivienda, satisfacción en la escuela y en el trabajo, así como situación económica. Las personas definen calidad de vida de acuerdo a un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de unos a otros y de lugar a lugar. La calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del "sentirse bien." Es por esto que es fundamental involucrar a la familia y/o cuidadores en las intervenciones conducentes a mejorar la calidad de vida relacionada en salud (CVRS) en la atención domiciliaria para lograr el mejor desarrollo posible del usuario, familia y/o cuidadores de acuerdo a la etapa del ciclo vital en la que se encuentran.

En el programa AVNI se evalúa principalmente la calidad de vida con respecto al impacto que genera la patología en el usuario, su familia y su entorno.

- Disminuir número de eventos (hospitalización, neumonía, atelectasias, etc.)
- Estabilizar y revertir hipoventilación
- Mejorar ventilación nocturna y sueño

- Disminuir la frecuencia de ventilación invasiva vía traqueostomía en estos pacientes
- Optimizar la coordinación de la red asistencial ambulatoria
- Transferir tecnología y capacitación al domicilio, para el manejo de pacientes con necesidades respiratorias especiales.

DESARROLLO:

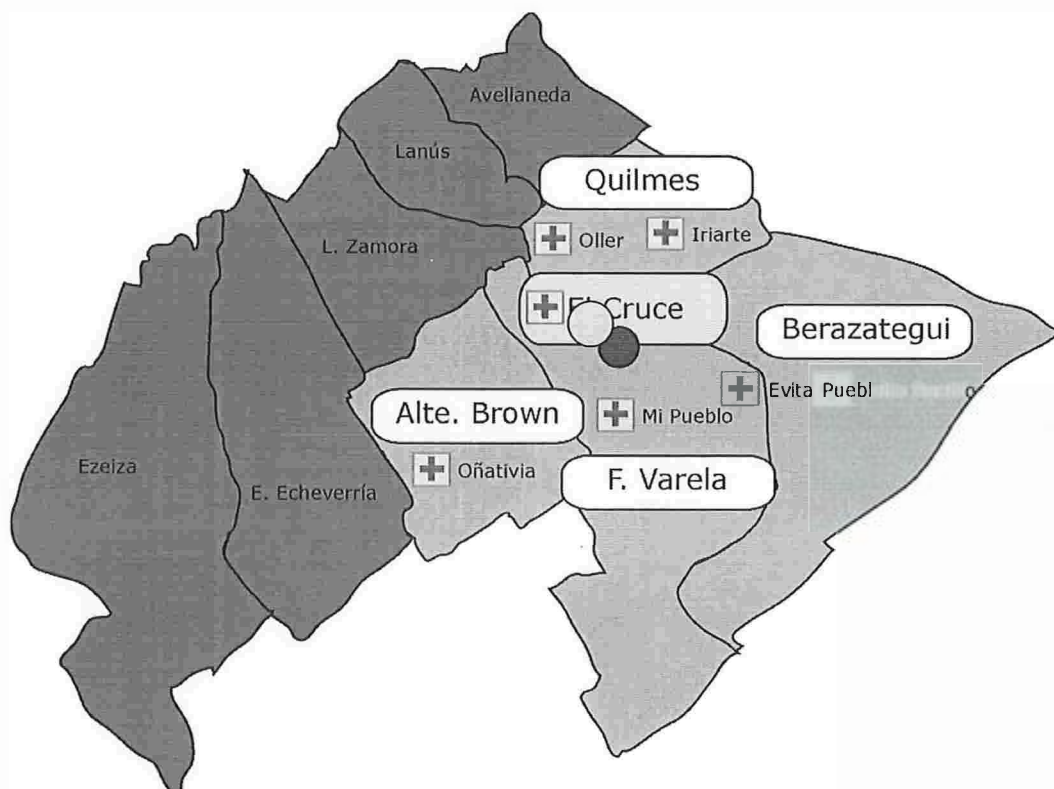
El problema planteado adquiere significación al presentarse en el contexto de un establecimiento de salud de tercer nivel de atención (alta complejidad), que ha planteado su funcionamiento en red con otros hospitales del segundo nivel de atención de un área geográfica determinada. Describimos a continuación las características de la red de atención El Cruce.

La provincia está dividida en doce Regiones Sanitarias¹, las cuales constituyen una estructura técnica administrativa que depende del Ministerio de Salud. Desde el punto de vista de la gestión, las Regiones Sanitarias son un espacio de decisión política-técnica en el cual se planifica y lleva adelante las acciones destinadas a resolver la problemática sanitaria desde una perspectiva más vinculada a lo local.

La Región Sanitaria VI está conformada por dos municipios del primer cordón del conurbano bonaerense, Avellaneda y Lanús, y por seis municipios del segundo cordón, Alte. Brown, Berazategui, Esteban Echeverría, Ezeiza, Florencio Varela y Lomas de Zamora. Esta Región es una de las más populosas, y alberga a una población estimada en 3.683.919 de personas. Según datos del censo 2001, el 56% de la población carece de cobertura de salud en esta región.

De estos seis municipios, la red integrada por el Hospital El Cruce forma parte de una subregión en la cual se incluyen los municipios de Alte. Brown, Berazategui, Florencio Varela y Quilmes.

¹ La ley Provincial de Regionalización Sanitaria (6.647) fue sancionada en el año 1961, luego modificada en 1965 (7.016) y finalmente reglamentada en el año 2006 (Dec. 3.377).



La Red del Hospital El Cruce está organizada en torno a los distintos niveles de atención según su complejidad, teniendo como mayor nivel de complejidad al propio Hospital El Cruce.

La integración en red es una forma de organización basada en la necesidad de organizar, coordinar y complementar la oferta de atención de la salud en la subregión, con el objetivo de optimizar el funcionamiento según niveles de complejidad, extensión geográfica y fundamentalmente, necesidades de la población. La organización en red se propone como una herramienta para lograr la mayor accesibilidad de la población al sistema de salud, de un modo tal que todos puedan atenderse según las necesidades que tengan, apuntando a una distribución equitativa de los recursos y a una atención integral.

El Hospital de Alta Complejidad en Red "El Cruce" tiene una gran fortaleza que reside en su ubicación equidistante con respecto a los cinco hospitales de referencia, a saber: "Mi Pueblo" de F. Varela, "Evita Pueblo" de Berazategui, "Dr. Arturo Oñativía" de Alte. Brown, "Dr. Eduardo Oller" de Quilmes y "Dr. Isidoro Iriarte" de Quilmes. Este conjunto de establecimientos, sumados al Hospital "El Cruce", representan aproximadamente un total de 1.000 camas.

Los niveles de complejidad y la magnitud de la oferta de servicios de salud de la red de efectores de la Subregión del Hospital El Cruce, se observan en el siguiente cuadro:

Municipios / Niveles de Complejidad	Almirante Brown	Berazategui	Florencio Varela	Quilmes
III Nivel	Hospital de Alta Complejidad El Cruce			
	1. Hospital Zonal General de Agudos "Dr. Arturo Oñativia" 2. Hospital Zonal General de Agudos "Dr. Lucio Meléndez" Total Camas: 349	Hospital Zonal General de Agudos Descentralizado "Evita Pueblo" Total Camas: 217	Hospital Zonal General de Agudos "Mi Pueblo" Total Camas: 185	1. Hospital Zonal General de Agudos "Dr. Isidoro Iriarte" 2. Hospital Subzonal Especializado Materno Infantil "Dr. Eduardo Oller" Total Camas: 221
II Nivel				
I Nivel	22	42	40	48

Fuente: Plan Estratégico 2009-2012 Hospital El Cruce. Marzo de 2009

La posibilidad que encuentran esos establecimientos de derivar pacientes que por su complejidad y gravedad generan un esfuerzo de atención adicional, permitió optimizar los recursos y mejorar ostensiblemente la calidad de las prestaciones en la región, dado que sus estructuras no están pensadas ni preparadas para intervenciones complejas y el promedio de sus recursos humanos carecen de especializaciones altamente calificadas.

Por eso el Hospital "El Cruce" le garantiza a su red de hospitales subsidiarios que las derivaciones, por problemas complejos de salud, puedan canalizarse en forma ordenada, natural y con mejores pronósticos, reduciendo costos y tiempo.

El Hospital recibe pacientes que no son el promedio de la demanda masiva de los servicios de salud; por el contrario, los ingresos hospitalarios en este centro son de alto consumo.

El perfil hospitalario de "El Cruce" es, además, exclusivo. Esto significa que a diferencia de otros centros que puedan incluir la alta complejidad médica, aquí todas las prestaciones son únicamente de ese tipo. Es decir que no existe para este hospital el case-mix o casuística que se registra en otros centros, donde la mayoría presenta patologías leves y solo una ínfima parte de su presupuesto se utiliza en intervenciones complejas.

El Plan Estratégico (PE) del HEC

El HEC formuló hacia 2009 su Plan Estratégico, tal como lo establece el Estatuto. El mismo cubre un período de 4 años, extendiéndose por tanto hasta 2012. Anualmente, cada servicio elabora su propio Plan Operativo Anual, teniendo como marco de referencia las Apuestas Estratégicas del HEC emanadas del PE y los 14 programas allí contenidos.

Definición de la Misión de la UTIP en el POA 2011:

"La Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica del Hospital El Cruce, es un Servicio Polivalente de Alta Complejidad, del sector público de Salud, que prestará atención especializada principalmente a la población que compone la Red, y también en base a sus posibilidades a los habitantes de zona sexta. Orientará su gestión a la mejora continua en las áreas asistencial, docente, y de investigación, tanto para su personal como para el de la Red, con el objetivo de poder brindar la mayor eficiencia en sus prestaciones, con el fin último de una atención de excelencia que se articule con la mayor contención al paciente y su familia."

Actualmente, la UTIP cuenta con 20 camas. Los pacientes, una vez atendidos, deben ser contrarreferidos a su hospital de origen, previo paso por el área de Cuidados Intermedios Pediátricos (CIP) del HEC.

Solo el Hospital Lucio Melendez (Adrogué-Brown) cuenta con una UTIP de contingencia respiratoria de 6 camas, que no puede satisfacer la demanda de alta complejidad de pacientes polivalentes.

El presente trabajo consiste en un estudio prospectivo de nueva metodología de gestión en pacientes cronificados durante su permanencia en la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica del Hospital El Cruce-Alta Complejidad en Red (Florencio Varela) desde enero de 2011 hasta diciembre 2011. Dicho Servicio cuenta con 20 unidades de Internación equipadas para asistir a pacientes Agudos Críticos.

En el periodo analizado se internaron 345 pacientes, 328 agudos y 17 crónicos. La estadía promedio de los pacientes crónicos fue de $103 \pm 80,9$ días, mediana de 94 días, rango de 16 a 362 días. La estadía promedio de los pacientes agudos fue de $9,3 \pm 11,6$ días, mediana de 5 días, rango de 1 a 84 días. Esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p=0.000$).

La cantidad de días cama para el año 2011 fue 4802 días cama, de estos los pacientes crónicos utilizaron 1703 días. La misma situación sucede al comparar la utilización de días cama en ARM (asistencia respiratoria mecánica), hubo un total de 3154 días cama

en ARM, de los cuales 1183 días cama en ARM fueron utilizados por pacientes crónicos. Estos 2 datos marcan que el 5% de los pacientes ingresados en la UTIP (4.9% de los ingresos) fueron crónicos y ocuparon el x% de los días cama y el x% de los días de ARM.

La probabilidad de mortalidad promedio por PIM2 (explicar que es) global para el período de estudio fue de 10,9, siendo de 10,5 para los pacientes agudos y de 26,2 para los pacientes crónicos ($p < 0.0001$).

Sin embargo se produjo un solo fallecimiento entre los pacientes crónicos durante todo el período y no hubo diferencias significativas entre los fallecidos del grupo de pacientes crónicos vs. el grupo de pacientes agudos ($p=0.87$).

Los datos fueron tomados de la base de datos SATI Q (aclarar), completada en tiempo real en el servicio de UTIP.

Estos datos demuestran la cantidad de días cama que utilizan los pacientes Crónicos ocupando camas destinadas a los pacientes agudos críticos. Teniendo en cuenta el promedio de estadia de ambos grupos de pacientes se podrían internar 10 pacientes agudos por cada paciente crónico.

En la medicina actual estamos viviendo una transición epidemiológica motivada por los pacientes que se cronifican en las terapias intensivas generando una disminución de la oferta de camas para pacientes agudos. Cabe aclarar que estos pacientes tienen como diagnostico en su mayoría las Debido a esto se realizó un análisis económico de distintas tecnologías de gestión sustentables en este tipo de pacientes para que los mismos sean atendidos sin modificación de su tratamiento ni generando consecuencias en su evolución ni pronóstico de enfermedad. siguientes patologías: Síndromes Genéticos, Secuelas Respiratorias, Secuelas Neurológicas, Encefalopatías Crónicas no Evolutivas, etc..., las cuales tienen la característica de ser patologías dependientes de ARM (Asistencia Respiratoria Mecánica), motivo por el cual es indispensable la asistencia con modalidad de equipos de ciclado con presión positiva (tipo BIPAP), enfermería las 24 hs, para cuidado de traqueostomía, aspiración de secreciones por cánula, monitoreo continuo, etc. Estas particularidades hacen que estos pacientes no puedan ser egresados de las terapias intensivas.

El objetivo de este trabajo es analizar los costos en Instituciones de Segundo nivel de complejidad, donde podrían ser atendidos con las condiciones antes mencionadas e internación domiciliaria donde se le podría brindar al paciente las mismas condiciones e incluso mejorar su situación de dinámica familiar y económica, disminuyendo los costos de traslados, comidas fuera de su domicilio y todos los gastos que implica para las

familias el movimiento diario a una institución de salud donde permanecen internados los niños., además de liberar camas de las utip del tercer nivel de complejidad.

Los valores de las distintas metodologías propuestas son los siguientes:

Día cama en UTIP \$3750 (dato obtenido en el Servicio de Evaluaciones Económicas del Htal El Cruce)

Día cama en UCIP \$2500 (dato obtenido en el Servicio de Evaluaciones Económicas del Htal El Cruce)

Día cama en internación domiciliaria \$1200 (dato obtenido en base al promedio de 3 empresas de internación domiciliaria que trabajan en la zona del Htal).

Estos 3 valores son a Diciembre del 2011.

La comparación de los costos (leo: aca hace un cuadrito multiplicando los dias cama por el precio y comparando) de estas 3 diferentes tecnologías de gestión nos demuestra que el valor del día cama de internación domiciliaria es la mitad de lo que le cuesta al sistema internar al mismo paciente en Instituciones de segundo nivel de complejidad y un tercio de lo que saldría internar esos pacientes en Instituciones de alta complejidad (Terapia Intensiva). Además de la disminución de los costos a un tercio, habría que resaltar el costo oportunidad de liberar las camas en Instituciones de Alta Complejidad y generar disponibilidad para pacientes Agudos que muchas veces permanecen en las guardias de los Hospitales sin la atención que deberían recibir, con el altísimo riesgo que esto implica para sus vidas.

Definiciones:

Pacientes Cronificados: son aquellos pacientes que sin tener indicación de permanecer internados en Servicios de Alta Complejidad, necesitan monitoreo y soporte vital.

Paciente agudo crítico: Cuando hay riesgo inmediato para la vida.

Unidades de internación para pacientes ag críticos (3er nivel de complejidad) Estas Unidades se ubican a nivel del ámbito nacional y constituye el centro de referencia de mayor complejidad nacional y regional. Aquí trabajan especialistas para la atención de patologías complejas, que necesiten equipamiento e instalaciones especializadas.

Instituciones de Segundo Nivel de complejidad: Este nivel se enfoca en la promoción, prevención y diagnostico de la salud los cuales brindaran acciones y servicios de atención ambulatoria especializado y de hospitalización a pacientes

derivados del primer nivel o de los que se presentan de modo espontáneo o con urgencias.

PIM 2: PIM 2 (Pediatric Index of Mortality) o Índice de Mortalidad Pediátrico, un escore que predice el riesgo de muerte para niños menores de 16 años mediante información recolectada en la primera hora de ingresado a la Unidad.

SATI Q: base de datos, con los registros de todas las Unidades de Terapia Intensiva que se encuentren formando parte del mismo. A través del software SATI-Q se recolectan los datos relacionados a estándares de calidad en la Unidad de Terapia Intensiva, los cuales permiten formar parte de:

- El Programa Nacional de Garantía de Calidad del Ministerio de Salud (PNGC)
- Programa de Indicadores de Calidad de la Atención Médica en Establecimientos Asistenciales (PICAM)
- Programa Nacional de Calidad de Atención en Terapia Intensiva (SATI).

CONCLUSIONES:

En el periodo analizado se internaron 345 pacientes, 328 agudos y 17 crónicos. La estadía promedio de los pacientes crónicos fue de $103 \pm 80,9$ días, mediana de 94 días, rango de 16 a 362 días. La estadía promedio de los pacientes agudos fue de $9,3 \pm 11,6$ días, mediana de 5 días, rango de 1 a 84 días. Esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p=0.000$).

La cantidad de días cama para el año 2011 fue 4802 días cama, de estos los pacientes crónicos utilizaron 1703 días. La misma situación sucede al comparar la utilización de días cama en ARM, hubo un total de 3154 días cama en ARM, de los cuales 1183 días cama en ARM fueron utilizados por pacientes crónicos. Estos 2 datos marcan que el 5% de los pacientes ingresados en la UTIP (4.9% de los ingresos) fueron crónicos y ocuparon el 35% de los días cama y el 37% de los días de ARM.

De estos datos se desprende el siguiente análisis:

- 1- La cantidad de días cama utilizado por los pacientes crónicos hubiera permitido internar 183 pacientes Agudos en el año 2011 teniendo en cuenta la estadía promedio de estos últimos.
- 2- Los costos que generan los pacientes en Instituciones de tercer nivel de atención triplican los que ocasionarían al sistema si se internaran en domicilio,

recibiendo de todas maneras los mismos cuidados, los mismos tratamientos e incluso favoreciendo la dinámica y la economía familiar.

- 3- La comparación de las distintas modalidades de gestión sustentables para este tipo de pacientes evidencia que el costo día en UTIP de un paciente cronicado equivale a 2 días en Cuidados Intermedios, o 3 días en Internación Domiciliaria

BIBLIOGRAFIA:

BIBLIOGRAFIA MARCO CONCEPTUAL

- Enfermedades raras: enfermedades crónicas que requieren un nuevo enfoque sociosanitario. Anales Sis San Navarra v.30 n.2 Pamplona mayo-ago. 2007doi: 10.4321/S1137-66272007000300002 .
- AVNI. Programa Nacional de Asistencia Ventilatoria No Invasiva Domiciliaría. Chile. www.avni.cl.
- - Cuidado paliativo en oncología pediátrica Dra. Natalie Rodríguez (1, 2), Ps. Violeta Cádiz (2), E.U. Claudia Farías (2) y E.U. Chery Palma (2)
(1) Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
(2) Unidad de Hemato-Oncología, Hospital de Niños Dr. Roberto del Río.
- Asistencia Ventilatoria No Invasiva en pacientes crónicos. Criterios de selección. Moya G. et. Al. Neumonología Pediátrica. ISSN. 0718-3321. 2008. 54-58.
- Asistencia Ventilatoria domiciliaria: la transición al hogar. J.C. Arancibia.. C. Pasten. Neumonología Pediátrica Chilena. ISSN 0718-3321. 2008. 64-71.
- Aspectos éticos de la ventilación domiciliaria. Neumonología Pediátrica Chilena. ASSN 0718-3321. 2008. 76-83.

REFERENCIAS MARCO REFERENCIAL

- Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes. (2006). Programa de Asistencia Ventilatoria No Invasiva en Atención Primaria en Salud: Res. Exenta 372, 28 febrero 2008.
- Salinas, P., Farías, A., González, X & Rodríguez, C. (2007). Calidad de vida relacionada en salud: Concepto y evaluación en pacientes con ventilación mecánica no invasiva. Revista Neumología Pediátrica. 34-39.

BIBLIOGRAFIA MARCO TEORICO

- Rev Med Uruguay 2002; 18: 27-35. Evaluación de tecnologías de salud
- Dras. Marisa Buglioli Bonilla¹, Ana Pérez Galán²
- Vol. 27. Núm. 3. 28 de febrero 2001. Los costes en la evaluación económica de tecnologías sanitarias. J. Puig-Junoy, V. Ortún-Rubio y J.L. Pinto-Prades. Departamento de Economía y Empresa. Centro de Investigación en Economía y Salud. Universidad Pompeu Fabra. Barcelona.
- Introducción y Fundamentos de la Evaluación Económica aplicada a Tecnologías de la Salud. Autores: Mag. Arturo Schweiger, Mag. Gerardo Machnicki

DOCUMENTOS INSTITUCIONALES

- Estatuto del Hospital El Cruce
- Plan Estratégico Hospital El Cruce 2009-2012
- Plan Operativo Anual 2010 Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica

FUENTES DE INFORMACIÓN

- M de la Rosa,, L Busso, K Cinquegrani, AL Fernández, K Fiquepron A Piccirilli. *"Los pacientes crónicos ocupan las camas de los pacientes agudos en periodos de epidemia: un dilema ético asistencial".*, Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica, Hospital El Cruce, Florencio Varela, Argentina. Ponencia presentada en el Congreso de la SATI, 2010.
- Tablero de Mando del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires
- Servicio de Ingeniería Clínica, Hospital El Cruce
- Servicio de Ingeniería Hospitalaria, Área de Arquitectura, Hospital El Cruce

FUENTE PARA EL MARCO NORMATIVO:

- Ley Nacional de Obras Sociales 23660
- Sistema Nacional del Seguro de Salud Ley 23661
- LEY Nº 22.431 Sistema de protección integral de los discapacitados
- LEY Nº 22.431
- Ley IOMA 6982
- Ley 10592
- PMO
- Asesoría Legal, Dirección Ejecutiva del Hospital El Cruce