

Artículo original

Carga de enfermedad y costos asociados a las internaciones por infección respiratoria aguda en niños

Dres. Hernán Rowensztein*, Graciela Demirdjian* y Josefa Rodríguez*

RESUMEN

Introducción. El 1% de los lactantes necesitan ser internados por infecciones respiratorias agudas bajas, entre las que predomina netamente el síndrome de obstrucción bronquial y la neumonía. Es frecuente que la población consulte a centros de alta complejidad para resolver problemas de escasa relevancia, lo que provoca empleo inadecuado de los recursos hospitalarios y aumento de la carga de enfermedad asociada.

Objetivos. 1) Estimar el costo para las familias de una internación por infección respiratoria aguda baja. 2) Realizar una evaluación económica comparativa de los costos asociados a la internación de un episodio de infección respiratoria aguda baja entre un centro de tercer nivel de atención y los centros de menor complejidad próximos al domicilio. 3) Explorar los motivos que llevan a la población a consultar fuera de su área programática.

Población. Pacientes de 0 a 10 años internados en tres hospitales del conurbano bonaerense pertenecientes a las regiones sanitarias V, VI y VII^a y el Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan".

Material y métodos. Se trató de un estudio observacional, descriptivo-analítico, prospectivo y transversal. El estudio se llevó a cabo durante el brote epidémico estacional, entre los meses de junio, julio y agosto de 2004. Se diseñó una encuesta de tipo semiestructurada y se realizaron entrevistas con las familias en los cuatro hospitales incluidos en el proyecto.

Resultados. Se obtuvieron datos sobre un total de 384 pacientes. Los tiempos y gastos en viajes fueron significativamente mayores en los pacientes internados en el hospital pediátrico de alta complejidad ($p < 0,0001$). El tiempo de internación promedio en los hospitales regionales superó en un día a la media del hospital de alta complejidad ($p = 0,02$), pero el gasto promedio para las familias de los niños internados en el hospital de tercer nivel fue significativamente más alto (\$158,32 = 25,57% del ingreso familiar) que en los otros hospitales (\$124,76 = 20,89% del ingreso familiar; $p = 0,048$).

Conclusión. La concurrencia de pacientes del conurbano bonaerense a un centro de atención de alta complejidad en la Ciudad de Buenos Aires aumentó el costo económico familiar de las internaciones a pesar de requerir un día menos de internación. Los mayores costos económicos son atribuibles especialmente a los gastos en viajes y gastos extra durante la internación.

Palabras clave: infección respiratoria, costos, carga de enfermedad.

SUMMARY

Introduction. One per cent of infants have to be

hospitalized due to a lower respiratory tract infection (LRTI), mainly bronchial obstruction and pneumonia. This often causes families to demand attention at a reference health care center, resulting in an inadequate use of hospital resources and unnecessary expenses and increasing the burden of associated diseases.

Objectives. 1) To estimate the economic burden imposed on families by LRTI hospitalizations; 2) To undertake an economic evaluation of costs associated with a LRTI hospitalization in a third level center versus a first level center; 3) To explore the reasons that induce the population to seek care for this disease in referral centers.

Population. All patients aged 0-10 years hospitalized for LRTI in three regional hospitals from the outskirts of Buenos Aires sanitary regions V, VI, and VII^a and the Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan".

Methods. This is a prospective, observational, cross-sectional descriptive study. During the winter season of 2004 (June to August), a semi-structured survey was conducted by means of an interview to all families of eligible children admitted to the four participating hospitals.

Results. Data were obtained on a sample of 384 patients. Travel time and expenses were significantly higher for patients hospitalized at the third level center ($p < 0,0001$). Although average length of stay was one day higher at the three regional hospitals ($p = 0,02$), mean expenditure for families was significantly higher at the referral hospital (\$158,32 = 25,57% of familiar income) compared to the first level hospitals (\$124,76 = 20,89% of familiar income; $p = 0,048$).

Conclusion. Admission to a third level hospital raised the economic burden for families in spite of lower hospitalization times. Higher costs were mainly due to travel and additional expenses during hospitalization.

Key-words: respiratory infections, costs, burden of illness.

* Hospital de Pediatría SAMIC "Prof. Dr. Juan P. Garrahan".

Correspondencia:
Dr. Hernán Rowensztein.
hrowens@intramed.net.ar

Realizado en el marco de la beca "Ramón Carrillo-Arturo Oñativia 2004" del Ministerio de Salud de la Nación.

INTRODUCCIÓN

Las infecciones respiratorias agudas son la primera causa de consulta por enfermedad en niños menores de 5 años en todo el mundo. Representan el 60% del total de consultas en pacientes menores de 2 años. Esta demanda constituye un problema de salud pública por el nú-

mero de pacientes involucrados y la magnitud de los recursos que se emplean para su tratamiento. Por lo menos el 60% de los niños menores de 1 año y el 50% de los menores de 5 años padecen una infección respiratoria aguda durante el año y un 15% de estos episodios son de magnitud suficiente como para producir dificultad respiratoria y requerir tratamiento en un servicio de emergencias pediátricas. El 1% de los lactantes necesitan ser internados por infecciones respiratorias agudas bajas (IRAB), entre las que predomina netamente el síndrome de obstrucción bronquial y la neumonía. La IRAB constituye más del 40% de los egresos hospitalarios de los servicios de pediatría, en los meses invernales.¹

Los estudios de evaluación económica que discriminan los costos directos e indirectos de las IRAB en niños son escasos en la bibliografía existente; generalmente se orientan a los análisis de costo-efectividad sobre la utilización de la profilaxis para el virus sincicial respiratorio y la vacuna contra el virus de la influenza y corroboran que la carga económica de la enfermedad suele exceder ampliamente los costos hospitalarios.²⁻⁶ Howard y col. sólo estudiaron los costos para el sistema de salud estadounidense de las internaciones por neumonía debida al virus sincicial respiratorio.⁷ En otro estudio realizado en Italia, el virus de la influenza demostró ser el que más impacto clínico y económico provocó sobre niños sanos y sus familias.⁸ En el estudio de Shoham y col., se analizó la carga de enfermedad de las neumonías adquiridas en la comunidad y su impacto sobre la calidad de vida.⁹

No hallamos publicados estudios locales ni regionales con la información recopilada en el presente estudio.

Hasta el momento, los datos sobre el costo de la atención de las patologías de menor complejidad en los hospitales de derivación suelen estimarse en forma global, sin un análisis discriminado que incluya el costo económico, social y emocional para las familias.¹⁰

La evaluación discriminada de los costos directos e indirectos reales de la enfermedad es un dato de vital importancia para evitar sobrestimar la costo-efectividad de las intervenciones sanitarias. Además, conocer las probables diferencias y las causas de los costos para las familias cuando se internan cuadros de baja complejidad en hospitales del tercer nivel de atención, en comparación con los hospitales de referencia de su zona puede ayudar a proyectar nuevos programas para un mejor aprovechamiento de los recursos de la población.

OBJETIVOS

El presente estudio tuvo como finalidad:

1. Estimar el costo para las familias de la internación por IRAB en el Hospital de Pediatría SAMIC "Prof. Dr. Juan P Garrahan" de la Ciudad de Buenos Aires y en tres hospitales pertenecientes a las regiones sanitarias V, VI y VII^a del conurbano bonaerense.
2. Realizar una evaluación económica comparativa de los costos asociados a la internación de un episodio de IRAB entre el centro de tercer nivel de atención y los centros de menor complejidad próximos al domicilio de los pacientes.
3. Determinar los motivos que llevan a la población a consultar fuera de su área programática.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trató de un estudio observacional, descriptivo-analítico, prospectivo y transversal. La población elegible se definió como todos los pacientes de 0 a 10 años de edad internados en los hospitales Bocalandro (Loma Hermosa), Gandulfo (Lomas de Zamora), Municipal Materno Infantil "Dr. Carlos Gianantonio" (San Isidro) y el Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. Juan. P. Garrahan" (Ciudad de Buenos Aires), durante el brote epidémico estacional que comprendió los meses de junio, julio y agosto de 2004, cuyo motivo de ingreso al hospital hubiese sido una IRAB comprendida en alguno de los siguientes códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 9^{na} revisión (CIE 9): bronquitis aguda (466.0); bronquiolitis aguda (466.1); neumonías (480) y neumonía por microorganismo no especificado (486). Se asignaron días fijos de la semana a cada hospital para efectuar las entrevistas a los padres o cuidadores de los pacientes internados en sala común. Se visitó un día por semana el Hospital Bocalandro, el Materno Infantil de San Isidro y el Gandulfo; y tres veces a la semana el Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan"; se asumió que la estadía media para estas patologías es de siete días, aproximadamente, lapso que permitiría detectar a la mayoría de los pacientes elegibles. Si al egreso del hospital el diagnóstico difería de los contemplados en los criterios de inclusión, el paciente era eliminado del estudio.

Los datos sobre el perfil clínico de los pacientes se obtuvieron de las historias clínicas (diagnósticos, enfermedad de base, edad gestacional, peso, días de internación, días de oxigenoterapia, etc.). Los datos sobre el perfil social y económico fueron suministrados por los familiares; los datos faltantes que quedaban incompletos por desconocimiento o por egreso del paciente, fueron recopilados telefónicamente.

Para conocer el nivel de escolarización de los niños, se preguntó a cada familia si los hijos de 6 a 12 años de edad, no necesariamente el paciente internado, concurrían a la escuela.

Para el cálculo del nivel socioeconómico de la población, se preguntó a cada familia el nivel de ingresos totales del grupo, y se los comparó con los valores de Canasta Básica Alimentaria y Canasta Básica Total brindados por el INDEC (Ministerio de Economía de la Nación) correspondientes al mes de junio de 2004, multiplicando cada integrante del hogar por la correspondiente "Unidad consumidora por adulto equivalente". El nivel educativo se midió por el máximo nivel alcanzado por los padres. El estado nutricional se clasificó según peso para la edad (Clasificación de Gómez). Se consideró prematuridad cuando el paciente había nacido antes de las 37 semanas de edad gestacional.

Para el diagnóstico se definió como: 1) Bronquiolitis enfermedad: primer episodio de sibilancias y fiebre o un segundo episodio con estudio virológico positivo para virus sincicial respiratorio; 2) Síndrome bronquiolítico: episodios de fiebre y sibilancias no contemplados en el punto anterior y 3) Neumonía: radiología compatible con condensación parenquimatosa pulmonar asociado a infección respiratoria.

El gasto en viajes fue calculado por día y por familia. Sólo se tuvo en cuenta a "cuidadores", es decir a los padres y alguna/as otra/as personas que permanecieron al cuidado del paciente (no se tuvieron en cuenta las visitas). El ítem media de ausentismo brinda los datos sobre los días laborales perdidos, con descuentos o sin ellos (por licencias).

El descuento por ausentismo informa sobre el monto diario perdido por los trabajadores que sufren descuentos. El descuento por ausentismo por internación informa el monto total descontado en una internación incluida la pérdida de premio por presentismo cuando corresponda. El nivel de ingresos familiar refleja en forma bruta el monto total de ingresos entre todos los aportantes que conviven bajo el mismo techo y comparten los gastos.

Para calcular los gastos extra se tuvo en cuenta la compra de alimentos para los cuidadores, los llamados desde teléfonos públicos, la diferencia por compra de pañales existente entre los utilizados habitualmente y los comprados en la zona del hospital, pago a personas que colaboraron en el cuidado de los niños internados, etc.

Los datos fueron almacenados en una planilla Excel y luego procesados con el software S.P.S.S. 11.5 (Statistical Package for Social Sciences para Windows). Para el análisis descriptivo se utiliza-

ron las medias y medianas, con sus respectivos desvíos estándar y rangos según el caso. Para la comparación de variables numéricas con distribución normal se utilizó la prueba t de Student, para los datos no paramétricos se empleó la prueba U de Mann-Whitney. Para la comparación de variables no numéricas se utilizó la prueba de χ^2 cuadrado. La comparación entre tres o más grupos se realizó con la prueba ANOVA.

RESULTADOS

Se obtuvieron datos sobre un total de 384 pacientes. La distribución por hospitales fue: Garrahan 201 (52,3%); Materno Infantil de San Isidro 83 (21,6%); Bocalandro 56 (14,6%); Gandulfo 44 (11,5%).

Datos comparativos de la población atendida en el Hospital Garrahan respecto de los restantes hospitales

1. Comparación del perfil clínico de los pacientes

La edad media de los pacientes en el Hospital Garrahan tendió a ser mayor que en los otros centros $9,8 \pm 14,8$ meses (mediana 5) contra $7,8 \pm 10,12$ meses (mediana 4), con una significación estadística límite ($p=0,05$; Prueba de Mann-Whitney).

Otras diferencias de perfil clínico entre los hospitales se muestran en la Tabla 1.

El puntaje de Tal al ingreso se recogió para identificar posibles diferencias de gravedad entre los pacientes en el momento de la internación. La mediana para el Hospital Garrahan fue de 8 puntos, mientras que para los otros hospitales fue de 7 puntos ($p < 0,0001$). Esto muestra una diferencia estadísticamente significativa pero no clínica, ya que ambos valores sitúan a los pacientes dentro de las bronquiolitis moderadas (puntaje 5-8).

La mediana para días de estadía en el Garrahan fue de 7 (rango 1-62 días), la media $8,33 \pm 6,55$. La mediana de estadía en los otros hospitales fue de 8

TABLA 1. Comparación del perfil clínico entre hospitales.

	Garrahan % (n: 201)	Otros % (n: 183)	P*
Prematuros (<37 sem)	21,4	19,1	0,6
Bajo peso para la edad	6,5	4,9	0,5
Con enfermedad de base	32	18	0,001
Bronquiolitis enfermedad	72,1	75	0,5
Síndr. bronquiolíticos	23,4	9,8	<0,001
Neumonías	3,5	15,3	<0,001

* χ^2 .

días (rango 1-32), la media $8,64 \pm 4,5$. La diferencia fue estadísticamente significativa ($p=0,02$) a favor de un día menos de internación en el Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan".

Con respecto a los días de requerimiento de oxígeno suplementario, la mediana en el Garrahan fue de 6 días (rango 1-45), la media $7 \pm 5,5$. La media en los otros hospitales fue de $7,35 \pm 4,7$ días, la mediana de 7, rango 1-31 días. No hubo diferencias estadísticamente significativas en este punto ($p=0,06$).

2. Comparación del perfil demográfico y socioeconómico de los pacientes

El promedio de integrantes por hogar de las familias internadas en el Garrahan fue de 5,65 personas (mediana 5, rango 2-17), mientras que en los demás hospitales fue de 5,99 (mediana 6, rango 2-15), sin diferencias significativas ($p=0,14$).

En cuanto a la seguridad social, *no* tenían cobertura de obra social ni medicina prepaga el 86,1% de los pacientes del Garrahan y el 90,7% de los pacientes atendidos en los otros hospitales ($p=0,15$).

El promedio de consultas totales previas a la internación fue de 2 para ambos grupos comparados. En cambio, el promedio de consultas a las salas del primer nivel de atención fue menor en los pacientes internados en el Hospital Garrahan (0,59 por paciente) comparado con los internados en los otros hospitales (0,92 por paciente); con una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,005$). El 15% de los pacientes internados en el Hospital Garrahan desconocía cuál era el centro de salud de referencia de su zona, mientras que sólo el 2,18% de los internados en los otros hospitales lo desconocía ($p<0,0001$).

El 66,2% de los internados en el Hospital Garrahan referían tener un pediatra de cabecera, mientras que un 73,8% de los internados en los otros hospitales lo tenían. Esta variable no presentó una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,12$) (Tabla 2).

TABLA 2. Comparación de accesibilidad y uso de servicios sanitarios

	Garrahan	Otros	P
Sin cobertura médica (obra social o prepaga)	86,1%	90,7%	0,15*
Pediatra de cabecera	66,2%	73,8%	0,12*
Derivados para internación	2,5%	14,2%	<0,001*
N° consultas a centros de salud por paciente	0,59	0,92	0,005#

* χ^2 .

Prueba de Mann-Whitney.

Los principales motivos de consulta en cada hospital, teniendo en cuenta sólo a los que concurren espontáneamente, fueron:

Hospital Garrahan:

1^{ro}: Falta de confianza en los centros de atención de sus áreas programáticas y confianza en el Garrahan (55%).

2^{do}: Por sugerencia de algún conocido (42%).

3^{ro}: Ya era paciente del hospital (16%).

Otros hospitales:

1^{ro}: Confianza en ese centro de atención (40%).

2^{do}: Comodidad (37%).

3^{ro}: Ya era paciente del hospital (27,3%).

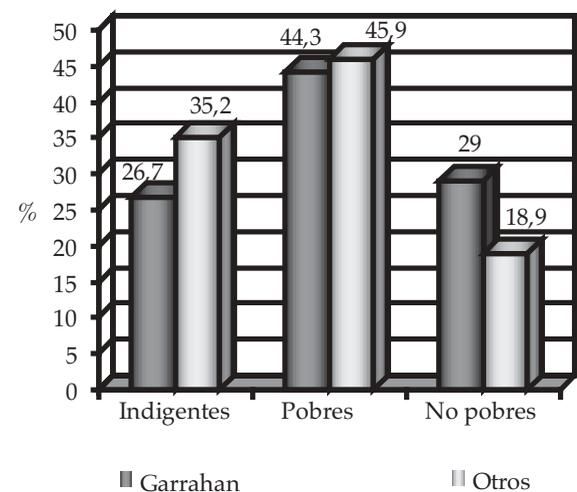
En cuanto al nivel socioeconómico de la población internada, las proporciones de pacientes provenientes de hogares pobres fueron similares, las diferencias se manifestaron en los grupos de indigentes ($p=0,06$) y no pobres ($p=0,02$) (véase Gráfico 1). De todas maneras, no hubo diferencias significativas en el ingreso promedio por hogar según el lugar de internación: Garrahan \$643,62, contra \$614,23 en los otros hospitales ($p=0,46$); ni en el ingreso promedio per cápita que fue de \$113,91 para el Garrahan comparado a los \$102,54 en los otros hospitales ($p=0,11$).

3. Comparación de costos y pérdidas familiares relacionadas con la internación

3.1. Costos generales

En cuanto a los costos generales, se observaron diferencias significativas en varias de las variables

GRÁFICO 1. Nivel socioeconómico de los hogares



estudiadas, siendo las de mayor diferencia las relacionadas con el tiempo y gastos en viajes (Tabla 3).

3.2. Costos maternos

Los costos maternos, comparando ambos grupos, no mostraron diferencias significativas, con una tendencia a mayor cantidad de faltas de las

madres internadas en los hospitales de la Provincia de Buenos Aires (Tabla 4).

3.3. Costos paternos

Al igual que con las madres, los costos paternos comparando ambos grupos no mostraron diferencias significativas (Tabla 5).

Tabla 3. Comparación de costos entre hospitales según complejidad

	Garrahan		Otros hospitales		P
	Media (DE)	Mediana (rango)	Media (DE)	Mediana (rango)	
Tiempo de viaje (min)	70,75 (82)	60 (5-1.080)	26,96 (21,4)	20 (2-150)	<0,0001*
Gasto/día/viaje	\$5,29 (5,2)	\$4 (0-40)	\$2,95 (2,88)	2,5 (0-15)	<0,0001*
Gasto total en viajes	\$41,92 (54,1)	\$30 (0-560)	\$25,43 (29,4)	\$16 (0-182)	<0,0001*
Gastos extra/día	\$6,15 (4,66)	\$5 (0-30)	\$4,67 (4)	\$5 (0-20)	0,001 [#]
Gastos extra/totales	\$51,95 (61)	\$36 (0-496)	\$39,59 (40,5)	\$26 (0-190)	0,02 [#]
Ausentismo/hermano	1,38 (1,91)	--	1,58 (2)	--	0,11 [#]
Ausentismo/familia	2,07 (2,7)	--	3,9 (5,96)	--	0,17 [#]
Gastos totales**	\$158,32 (171)	\$110 (0-1.503)	\$124,76 (158)	\$84 (0-1.192)	0,048 [#]
% ingreso perdido	25,57 (24,7)	20 (0-193)	20,89 (20,45)	13 (0-91)	0,05 [#]

* Prueba de Mann-Whitney.

[#] Prueba T de Student.

min: minutos.

**Gastos totales: viajes + extra + gasto en hermanos + descuentos ambos padres.

Tabla 4. Comparación de costos maternos asociados con la internación

	Garrahan		Otros hospitales		P
	Media (DE)	Mediana (rango)	Media (DE)	Mediana (rango)	
Días de ausentismo	5,27 (3,82)	5 (0-14)	8,6 (5,98)	7 (1-27)	0,06*
\$ descuento diario	\$16,43 (13,5)	\$18 (0-43)	\$16,38 (20,6)	\$13 (0-100)	0,6*
\$ descuento totales	\$83,59 (79,5)	\$77 (0-270)	\$130 (226)	\$60 (0-1.000)	0,94*

* Prueba de Mann-Whitney.

Tabla 5. Comparación de costos paternos asociados con la internación

	Garrahan		Otros hospitales		P
	Media (DE)	Mediana (rango)	Media (DE)	Mediana (rango)	
Días de ausentismo	2,46 (3,86)	1 (0-30)	2,28 (2,83)	1 (0-15)	0,87*
\$ descuento diario	\$15,29 (19,2)	\$12 (0-100)	\$11,97 (15)	\$10 (0-60)	0,21*
\$ descuento totales	\$54,69 (120)	--	\$46,88 (81)	--	0,14*

* Prueba de Mann-Whitney.

Tabla 6. Comparación de costos por nivel socioeconómico de la población

	Indigentes		Pobres		No pobres		P ^Ω
	Media (DE)	Mediana (rango)	Media (DE)	Media (DE)	Mediana (rango)	Media (DE)	
Gastos totales (\$)	93,9 (91,9)	63,8 (0-435)	128,3 (142)	88 (0-1.192)	218,3 (219)	152 (0-1.503)	<0,001
% perdido del ingreso	27,5 (24)	23 (0-113)	20,6 (19,5)	15,6 (0-116)	21,7 (19,6)	17,4 (0-115)	0,04

^Ω ANOVA.

Comparación de costos según nivel socioeconómico

Las diferencias surgidas en cuanto a los gastos generados durante la internación para los distintos niveles socioeconómicos se muestran en la *Tabla 6*, donde se puede apreciar que los no pobres son los que más gastaron, pero a los indigentes les representó la pérdida más importante expresada como porcentaje del ingreso.

DISCUSIÓN

La comparación con algunos datos locales y de publicaciones internacionales sobre pacientes con IRAB, sustentan la representatividad de la muestra estudiada. Para el Hospital Garrahan, el perfil de los pacientes en cuanto a edad y lugar de procedencia coincide con los recolectados en años anteriores; a su vez, el promedio de estadía se encuentra muy cercano al calculado para el total anual de los pacientes internados con IRAB en los hospitales estudiados. La edad promedio también coincide con publicaciones internacionales sobre el tema.^{2,4,11}

En la Argentina, las IRAB son la principal causa de egreso hospitalario en menores de 5 años, con un alto predominio estacional invernal y una letalidad fuertemente asociada a la presencia de enfermedad de base.¹²

La gran demanda estacional generada por las infecciones respiratorias hace que el Hospital Garrahan, además de atender las interurrencias de su población en seguimiento, se vea sobrecargado por pacientes provenientes del conurbano bonaerense con alguna IRAB, lo que satura los servicios prestados habitualmente. Siendo éste un centro de derivación de máxima complejidad, es llamativo el alto número de pacientes que concurren en forma espontánea por esta patología (97,5%).

Al analizar las causas de esta situación, resulta claro que la población del conurbano bonaerense no se siente contenida por la red sanitaria regional y busca una respuesta por fuera de ella. Cabe destacar que uno de cada tres niños internados por IRAB no tiene pediatra de cabecera, cifra que adquiere mayor relevancia si se considera la edad promedio de la población estudiada, donde los controles en salud recomendados son de frecuencia mensual.

Sorprende el dato que indica un mayor porcentaje de pacientes con IRAB que ingresan derivados a los hospitales del conurbano estudiados, comparado con los que lo hacen de esta forma en el Hospital Garrahan. Pero la mediana del Puntaje de TAL y la diferencia significativa de pacientes con enfermedad de base, que son mayores en el Garrahan, ha-

blan de una autoselección de la población. A pesar de estas diferencias, permanecen un día menos internados en el Garrahan pero gastan más dinero.

En cuanto a las estrategias que se pueden utilizar para mejorar el aprovechamiento de los hospitales de referencia del conurbano, no se halló relación con el hecho de tener un pediatra de cabecera pero sí con conocer cuál es el centro de salud de referencia de su zona, por lo que mejorar la accesibilidad a estos centros probablemente mejore la contención de la población.

Con el objetivo de detectar a los hermanos con riesgo aumentado de accidentes en el hogar como consecuencia de la internación, se preguntó quiénes los cuidaban mientras el paciente permanecía internado; y resultó que el 13,8% permanecía al cuidado de menores de 18 años de edad.

En una población con alta tasa de desocupación y subocupación, donde el 75% de los hogares es pobre o indigente, el alto ausentismo laboral de los padres (6,48 faltas las madres y 2,38 los padres por cada 8 días de internación) agrega un factor más para el deterioro del ingreso. Adquiere mayor relevancia aún si se tiene en cuenta que, para la Argentina, los valores de referencia son: 33,5% de hogares pobres y 12,1% de hogares indigentes; con lo que la población atendida por IRAB en estos hospitales está por debajo de los valores promedio nacionales.¹³

El costo de una internación promedio rondó el 20% a 25% del ingreso familiar mensual, pero cuando existen hermanos y ambos padres trabajan, las pérdidas alcanzan al 40% del ingreso del hogar.

Las internaciones por IRAB suelen afectar a una amplia gama de familias argentinas, pero especialmente la pobreza, el hacinamiento y la falta de servicios sanitarios adecuados conspiran contra las clases sociales más bajas. Conocer el perfil demográfico y socioeconómico de la población que se atiende en el hospital, y demostrar el impacto que tiene una internación por IRAB, ayudan a comprender mejor la importancia de implementar programas preventivos y redes sanitarias por niveles de complejidad.

El siguiente es un perfil de los costos familiares de una internación promedio por IRAB en los hospitales estudiados para el caso de una familia con tres hijos en la que tanto el padre como la madre trabajan:

- Días de internación: 8,48.
- Gasto en viajes: \$34.
- Cuidado de los hermanos: \$5,50.
- Descuento por ausentismo de la madre (si trabaja): \$105,67.
- Descuento por ausentismo del padre (si trabaja): \$56,26.

- Gastos extra de la internación: \$46.
- **Total gastos y descuentos:** \$247,43.
- Ingreso familiar promedio: \$629,97.

Una internación por IRAB impacta sobre el ingreso familiar reduciéndolo hasta en un 40%.

CONCLUSIÓN

Las internaciones por IRAB en los hospitales públicos estudiados, generaron una alta carga de enfermedad. En una población predominantemente de bajos recursos, el costo de una internación promedio redujo un 20%-25% el ingreso familiar mensual.

La concurrencia de pacientes del conurbano bonaerense a centros de atención de alta complejidad en la Ciudad de Buenos Aires –debido principalmente a la falta de confianza en sus hospitales de referencia– aumentó el costo económico familiar de las internaciones por IRAB a pesar de requerir un día menos de internación. Los mayores costos económicos son atribuibles especialmente a los gastos en viajes y gastos extra durante la internación.

Agradecimientos

A la Dra. Paula Santos del Hospital Gandulfo. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Programa Nacional de Infecciones Respiratorias Bajas. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina, Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Marzo 2004.
2. Sannier N, Bocquet S, Timsit B, et al: Evaluation du coût du premier episode de bronchiolite. *Arch Pediatr* 2001; 8:922-928.
3. Leader S, Jacobson P, Marcin J, et al. A method for identifying the financial burden of hospitalized infants on families. *Value Health* 2002; 5:55-9.
4. Leader S, Yang H, DeVincenzo J, et al. Time and out-of-pocket costs associated with Respiratory Syncytial Virus hospitalizations of infants. *Value Health* 2003; 2:100-106.
5. Committee on Infectious Diseases. Reduction of the influenza burden in children. *Pediatrics* 2002; 110:1246-1252.
6. Deshpande SA, Northern V. The clinical and health economic burden of respiratory syncytial virus disease among children under 2 years of age in a defined geographical area. *Arch Dis Child* 2003; 88:1065-1069.
7. Howard T, Hoffman L, Stang P, Simoes E. Respiratory syncytial virus pneumonia in the hospital setting: length of stay, charges and mortality. *J Pediatr* 2000; 137:227-232.
8. Principi N, Esposito S, Gasparini R, Marchisio P, Crovari P. Burden of influenza in healthy children and their households. *Arch Dis Child* 2004; 89:1002-1007.
9. Shoham Y, Dagan R, Givon-Lavi N, Liss Z, Shagan T, Zamir O, Greenberg D. Community-acquired pneumonia in children: quantifying the burden on patients and their families including decrease in quality of life. *Pediatrics* 2005; 115:1213-1219.
10. Langley JM, Wang EE. Economic evaluation of respiratory syncytial virus infection in Canadian children: A Pediatric Investigators Collaborative Network on Infections in Canada (PICNIC) study. *J Pediatr* 1997; 131:113-7.
11. Johnson DW, Adair C, Brant R, Holmwood J, Mitchell I. Differences in admission rates of children with bronchiolitis by pediatric and general emergency departments. *Pediatrics* 2002; 110(4):e49.
12. Dalamon R, Asnaghi P, Biedak E. Egresos por enfermedad respiratoria en lactantes y niños en Hospitales de la Ciudad de Buenos Aires. *Arch Argent Pediatr* 1999; 97(4):227-235.
13. Incidencia de la pobreza y la indigencia en 28 aglomerados urbanos. Resultados semestrales: 1º semestre año 2004. Información de Prensa. INDEC.