

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSGRADO EN SALUD PÚBLICA**



TESIS

**COSTOS EN LA ATENCIÓN INTRAHOSPITALARIA DEL PACIENTE CON
DIABETES MELLITUS TIPO II DEL HOSPITAL SAN ISIDRO DEL
MUNICIPIO DE TOCOA, COLÓN, HONDURAS. AÑO 2016.**

PREVIA OPCION AL GRADO DE MASTER EN SALUD PÚBLICA

**AUTOR (A): LEDIA BERNALDA ACENSO HERRERA
ASESOR(A): DRA NORA CONCEPCION RODRIGUEZ COREA**

TEGUCIGALPA MDC

Diciembre 2018

Honduras. C.A.

**AUTORIDADES UNIVERSITARIAS
UNAH**

**RECTOR
DR. FRANCISCO JOSÉ HERRERA ALVARADO a.i.**

**VICE RECTORA ACADEMICA
MSc. BELINDA FLORES**

**VICE RECTOR DE ORIENTACIÓN Y ASUNTOS ESTUDIANTILES
Abg. AYAX IRIAS COELLO**

**VICE RECTOR DE ASUNTOS INTERNACIONALES
Dr. JULIO RAUDALES**

**SECRETARIA GENERAL
Abg. ENMA VIRGINIA RIVERA**

**DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA
Dr. SANTIAGO JAIME RUÍZ ALVAREZ**

**DIRECTOR DE POSGRADOS
Dr. ARMANDO EUCEDA**

**DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Dr. JORGE ALBERTO VALLE RECONCO a.i.**

**SECRETARIO ACADÉMICO FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Dra. BETTY YAMILETH ÁVILA ALVARADO**

**COORDINADOR GENERAL POSGRADOS FACULTAD CIENCIAS
MÉDICAS
Dr. ARNOLDO ZELAYA**

**COORDINADORA ACADÉMICA DEL POSGRADO DE SALUD PÚBLICA
MSc. MARTA ISABEL FONSECA GODOY**

DEDICATORIA

A mis padres, hermanos, Sobrinos e hijos y Especialmente a mi hija Karen
Melissa Acenso Herrera (QDDG)

AGRADECIMIENTO

1. A Dios todo poderoso, por permitirme lograr culminar mis estudios.
2. A mi Familia por su apoyo incondicional.
3. A La Secretaria de Salud por darme la oportunidad de realizarme Profesionalmente.
4. A los Docentes de la Maestría en Salud Publica, por transmitirme sus conocimientos.
5. Al Hospital San Isidro, Tocoa Colón por su colaboración.
6. Compañeros de Trabajo por su colaboración, cuando lo solicite

INDICE

I. INTRODUCCION	1
II. OBJETIVOS	4
Objetivo General.....	4
Objetivos Específicos.....	4
III. Marco Teórico	5
3.1. Determinantes sociales en Salud	5
3.2. Desigualdades en la salud	8
3.3 Equidad en las desigualdades en salud.....	13
3.4. Derecho a la salud	15
3.5. Acceso a los servicios de salud	18
3.6. Enfermedades no trasmisibles	22
3.6.1. Diabetes Mellitus.....	23
3.6.2. Costos de la Diabetes Mellitus	26
3.6.3 Aspectos socioeconómicos relacionados a la atención de la Diabetes.....	30
3.7. Diabetes y Género	31
3.8 Calidad en los servicios de salud del paciente diabético	32
3.9. Contexto del departamento de Colón.....	34
IV. METODOLOGÍA	38
V.RESULTADOS	42
VI. ANALISIS DE RESULTADOS	53
X.BIBLIOGRAFIAS	68
XI.ANEXOS	74

I. INTRODUCCION

La Diabetes Mellitus considerada actualmente como una enfermedad social, no solo por su elevada frecuencia sino también por el costo económico que representa para los gobiernos y las familias de las personas que la padecen. Actualmente es una de las enfermedades crónicas no transmisibles más comunes en las sociedades contemporáneas de todo el mundo, una de las primeras cinco causas de muerte en los países desarrollados y un fenómeno epidemiológico cada vez más recurrente en muchas naciones en desarrollo o recientemente industrializadas.

En Honduras la diabetes mellitus es una de las Enfermedades con más alta incidencia, lo que ocasiona graves consecuencias a la salud de quienes la padecen, como nefropatía diabética, pie diabético y retinopatía diabética, lo que causa gastos económicos elevados al estado y en algunos casos avanzada discapacidad, por lo que algunas personas no pueden trabajar, generándoles gastos elevados de bolsillo que ellos no pueden cubrir, volviéndose una carga económica y moral para sus familiares.

Estas personas llegan a los establecimientos de salud con descompensaciones de su enfermedad, ya sea porque se les termino sus medicamentos, o porque no tienen un buen control de su enfermedad, por falta de acceso a tratamientos.

Se realizó la investigación de los Costos en la atención intrahospitalaria del paciente con diabetes mellitus tipo II del hospital San Isidro, Municipio de Tocoa, Colón año 2016, debido a que es una de las enfermedades crónicas que demandan estancias prolongadas en sus ingresos.

La investigación es de Tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal y analítico, se tomaron como universo los registros de Atenciones de pacientes con diabetes Mellitus tipo II, registrados en la emergencia y consulta externa del hospital mencionado y como muestra 65 de los pacientes Ingresados a las salas de medicina y cirugía. Se caracterizaron las variables: procedencia, sexo, edad en agrupaciones y las primeras tres causas de ingreso, los costos que generaron en atención médica, enfermería, insumos, medicamentos y exámenes utilizados.

Según los resultados obtenidos los costos intrahospitalarios de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II son elevados debido a la larga estancia o repetidos ingresos durante el año, la administración de antibióticos y otros medicamentos por otras patologías y la atención del personal médico y de enfermería. Al caracterizar epidemiológicamente a los pacientes ingresados el género femenino fue el de más alto porcentaje y procedentes del municipio de Tocoa. Las causas de ingreso por Diabetes Mellitus Tipo II como primer diagnóstico fue Diabetes Mellitus Tipo II Descompensada seguida del Pie Diabético; siendo los mismos como segundo diagnóstico y

tercer Diagnostico Diabetes Mellitus Tipo II compensada asociada a Hipertensión Arterial Crónica seguida Insuficiencia Renal Crónica.

En los costos intrahospitalarios directos en atención, el principal gasto correspondió a la atención de enfermería; los insumos que incluyeron gasas, Venoclisis, esparadrapo, Jeringas etc. son de mayor costo comparado con los exámenes de laboratorio. Entre los costos quirúrgicos, el mayor costo, fueron las amputaciones comparadas con las desbridaciones y las limpiezas. Los costos diarios de las amputaciones fueron de \$159.5 (L3, 877.4) seguida por la Diabetes Mellitus descompensada de \$144.8 (L3, 483.8) y el Pie Diabético \$136.9 (L3, 293.8)

II. OBJETIVOS

Objetivo General

Analizar los Costos en la atención Intrahospitalaria del paciente con Diabetes Mellitus tipo II del Hospital San Isidro del municipio de Tocoa, Colón en el año 2016.

Objetivos Específicos

1. Caracterizar epidemiológicamente a las personas con Diabetes Mellitus tipo II ingresadas en el hospital San Isidro en el período de estudio.
2. Describir las causas de ingreso de las personas con Diabetes Mellitus tipo II en el hospital San Isidro en el período de estudio.
3. Estimar los Costos directos intrahospitalario de las personas ingresados con Diabetes Mellitus tipo II en el Hospital San Isidro en el Período de estudio

III. Marco Teórico

3.1. Determinantes sociales en Salud

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local. Los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud. Los determinantes sociales objeto de políticas públicas, son aquellas susceptibles de modificación mediante intervenciones efectivas (Ministerio de Salud Chile, 2015)

El concepto de determinantes sociales surge con fuerza desde hace dos décadas, ante el reconocimiento de las limitaciones de intervenciones dirigidas a los riesgos individuales de enfermar, que no tomaban en cuenta el rol de la sociedad. Los argumentos convergen en la idea que las estructuras y patrones sociales forman u orientan las decisiones y oportunidades de ser saludables.

Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria. En respuesta a la creciente preocupación suscitada por esas inequidades persistentes y cada vez mayores, la Organización Mundial de la Salud estableció en 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, para que ofreciera asesoramiento respecto a la manera de mitigarlas. En el informe final de la Comisión, publicado en agosto de 2008, se proponen tres recomendaciones generales.

- Mejorar las condiciones de vida
- Luchar contra la distribución desigual del poder el dinero y los recursos
- Medición y análisis del problema (OMS, 2017)

El goce del grado máximo de salud posible es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano. Este es influenciado por factores como la desigualdad social en salud que se refiere a las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, sexo, territorio o etnia, lo que se evidencia en una peor salud en las personas socialmente menos favorecidas. (Garcia Ramirez & Veliz Alvarez, 2013)

Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones como estrategias en los determinantes sociales de la salud se convierten en un objeto para la evaluación y seguimiento por parte de los gobiernos. El panorama de políticas públicas enfocada en Determinantes Sociales de la Salud (DSS) en la región latinoamericana es desigual. Se puede observar que las intervenciones públicas realizadas han abordado principalmente los determinantes intermedios, el sistema de salud, y en cuanto a los determinantes estructurales se encuentra un abordaje principalmente en el nivel socioeconómico y en la etnia. (García Ramírez & Veliz Álvarez, 2013)

Las políticas públicas en Latinoamérica han estado sectorizadas. A su vez si se tienen en cuenta las recomendaciones de la Comisión de determinantes sociales la salud (CDSS) de la OMS se debe hacer énfasis en luchar contra la distribución desigual del poder y en la producción de conocimiento referente a la medición de la magnitud del problema y su evaluación, el cual sigue siendo escaso.

Finalmente se observa que la fragmentación y la inequidad en la cobertura de salud son problemas recurrentes y prioritarios y mejorar los determinantes sociales. (García Ramírez & Veliz Álvarez, 2013)

3.2. Desigualdades en la salud

Las desigualdades en salud, varían dependiendo del continente, país, lugar, dentro de ellos la distribución de ingreso económico, la pobreza, disponibilidad, accesibilidad y calidad en los servicios de salud. Hay muchos factores que se atribuyen a la desigualdad a los servicios sanitarios como los factores socioeconómicos, demográficos lo que causa desigualdades en la prevención, los diagnósticos, tratamientos y el control de los factores de riesgos.

La distribución de estos factores revela un planeta increíblemente desigual. Al año 2007, el 20% más rico de la humanidad disfrutaba de más del 83% del ingreso global total en comparación con el 20% más pobre, el 40% más pobre de la población global, aumento su proporción del ingreso total en menos de un 1% entre 1990 y 2007. Esta desigualdad hace que afecte a la población menos protegida y a los países del tercer mundo, ocasionando que la pobreza aumente y por ende la disminución de sus años promedio de vida. (UNICEF, 2012)

Según la revista Española de cardiología, el nivel socioeconómico y desigualdades de salud en la prevención cardiovascular de la población española en edad avanzada, los participantes que con mayor frecuencia se encontraban con niveles socioeconómicos inferiores eran mujeres, ancianos,

pacientes con sobre peso, y sedentarios y aquellos con peor patrón de adherencia a la dieta, sin embargo eran menos fumadores y consumidores habituales de alcohol. (Mejia-Lancheros, y otros, 2013)

La revista cubana de endocrinología *Desigualdades Sociales y Diabetes mellitus* refiere que la justicia social y la igualdad de todos los seres humanos no son conceptos novedosos, están incorporados a las constituciones de los países. La Declaración Universal de los Derechos Humanos proclama que: toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado, que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios. (Dominguez Alonzo, 2013)

Obviamente la desigualdad en salud y su marcada determinación socioeconómica no deja de ser unos de los temas que se agotan en los sistemas de salud a nivel mundial, latinoamericano y nacionales, donde se identifican y forman intervenciones efectivas para solucionarlas, pero para UNICEF es considerado un tema poco grato y políticamente sensible, la desigualdad mundial, recibió muy poca atención en los foros internacionales durante décadas. En el 2004 la Organización Internacional del Trabajo (OIT) publicó su pionero informe sobre las dimensiones sociales de la globalización. "*A Fair Globalization*", poco después grandes instituciones relacionadas con el desarrollo comenzaron a centrar la atención con publicaciones oficiales de la desigualdad. (UNICEF, 2012)

La hora de la igualdad fue el título que la comisión económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) dio a su informe anual del 2010, cuando la economía global parecía estar comenzando a salir de la gran recesión. Desde luego la CEPAL no pretendía, con ese título promover un cambio brusco del régimen político, económico, sino que manifestó la necesidad de complementar el periodo de crecimiento económico que vivía la región, con políticas públicas destinadas a permitir que todos los ciudadanos disfruten de manera igualitaria, los beneficios de desarrollo hoy, cuando la crisis parece en vías de superarse en el mundo desarrollados, la necesidad de retomar el debate sobre la desigualdad alcanza también a otras instancias. (ONU, 2011)

La desigualdad es uno de los temas que a menudo se tratan de abordar en diferentes organizaciones públicas o no gubernamentales para que se tomen medidas o programas que acorten estas distancias, para combatir diferentes determinantes sociales que las causan principalmente en los países de América Latina. Según (Caetano & de Armas, 2014)

En algunas situaciones es relevante evaluar no sobre las distribuciones de las riquezas si son iguales, sino que es un problema y que la solución depende de cuánto se conoce de antemano de la causa del problema en cuestión. Así ir trabajando en la raíz de la causa para ir disminuyendo las desigualdades que cada día sigue avanzando en la región. La pobreza y la desigualdad son fenómenos intuitivamente claros, aunque complejos de

definir con precisión. Todos tienen una idea del concepto de pobreza que asociamos a privaciones de distinto tipo, y del concepto de desigualdad que vinculamos con diferencias entre personas, pero no resulta sencillo acordar definiciones estrictas, esta dificultad es natural dada la complejidad del fenómeno, la idea de la pobreza está asociada a privaciones materiales concretas, pero que se compara con el ingreso económico.

Los países de la región de Latino América son los que se consideran, según investigaciones, donde existe más desigualdad, ya que es difícil acceder a la información para conocer el pago de impuestos, por los que obtienen grandes ingresos, permitiendo que no haya igualdad. Para la Organización Internacional del Trabajo (OIT) a lo largo de los últimos 20 años, la distribución del ingreso se ha inclinado a favor de los ricos, mientras que la situación económica relativa de los pobres y de muchos trabajadores de clase media se ha estado deteriorando en varios países, las causas principales por lo que los trabajadores reciben una porción menor del ingreso nacionales debido a las políticas de las últimas tres décadas. (Organización Internacional del Trabajo, 2014)

Entre los cinco países desiguales de América Latina se encuentran Honduras, Colombia, Brasil, Guatemala, Panamá y Chile. Esto a ocasionando que varios gobiernos entre ellos Estados Unidos, promuevan por medios de los congresos existan políticas para que se mejoren los salarios a los trabajadores. En Honduras para el Banco Mundial un país de

ingreso Medio- Bajo, que se enfrenta a desafíos significativos, con cerca del 66% de la población viviendo en la pobreza, en 2016, según datos oficiales, en zonas rurales uno de cada cinco hondureños vive en pobreza extrema o con menos de \$1.90 al día. Desde la crisis económica del 2008-2009 (Banco mundial, 2018).

Honduras ha experimentado una recuperación moderada, impulsada por inversiones públicas, exportaciones y altos ingresos por remesas. En 2017 el país creció un 4.1 por ciento, según las últimas estimaciones, y se prevé que el crecimiento para 2018 sea de 3.6 por ciento. A pesar de que las perspectivas económicas son positivas, Honduras enfrenta los niveles más altos de desigualdad económica de Latinoamérica, otro de sus grandes desafíos es el alto nivel de crimen y violencia. Si bien en los últimos años, el número de homicidios han disminuido, Honduras sigue teniendo una de las tasas más altas en el mundo (59 asesinatos por cada 100.000 habitantes en 2016, según el Observatorio de la Violencia de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras). (Banco mundial, 2018)

Algunos medios de comunicación escritos en sus titulares refieren que Honduras el país con mayor desigualdad en América Latina ya que se encuentra dentro de los cinco países más desiguales. En las mediciones de desigualdad se encuentran países pobres con desigualdad, pero también países medianos y de altos ingresos como Brasil y estados unidos con desigualdad (La Prensa, 2016)

La desigualdad es uno de los problemas que hay en todos los niveles ya sea de raza, nivel educativo, posición económica y que no está siendo fácil combatir a nivel global, regional y principalmente en los países más pobres, donde cada día se implementan políticas y programas para disminuir las brechas por diferentes organizaciones como el Banco Mundial. UNICEF entre otras. Sin embargo según una investigación de tesis realizada en la población afro descendientes y mestiza en el año 2013 y a pesar que por mucho tiempo la temática de salud cultural en Honduras había estado enfocados a enfermedades infantiles a partir del siglo XX comienza a surgir instituciones académicas y de investigación que se ocupan del tema de investigación en salud y cultura Hondureña. (Hernandez Santander, 2013)

3.3 Equidad en las desigualdades en salud

“La promoción de la equidad sanitaria es vital para un desarrollo sostenible, una mejor calidad de vida y el bienestar de todos, lo cual, a su vez, puede contribuir a la paz y a la seguridad.” (OMS, 2011) La equidad y salud se fundamenta en considerar el problema de la justicia sanitaria y de la equidad en salud en función de las capacidades de los individuos, ligadas al derecho, al desarrollo social, económico y cultural. La salud como propósito y como herramienta, como una capacidad que posibilita el uso y disfrute de bienes y es parte de una función de redistribución más general, dirigida a compensar o atenuar las desigualdades sociales.

A nivel mundial la enfermedad y la salud deben tener un lugar destacado en cualquier discusión sobre la equidad y la justicia social; no sólo por la consideración social de la salud sino también por el carácter central que tiene la salud dentro de la justicia de los acuerdos sociales en general. La equidad en salud no concierne únicamente a la salud vista aisladamente, sino que debe abordarse desde el ámbito más amplio de la imparcialidad y de la justicia, incluida la distribución económica y la libertad humana. No trata sólo la distribución de la salud, menos la distribución de la asistencia sanitaria. Debe ser entendida desde un ámbito multidimensional, cuya concepción ayuda a comprender la justicia social. (OMS, 2011)

Desde una concepción amplia entendemos que el proceso salud–enfermedad está influido por múltiples factores, donde lo social tiene un peso sustancial, que hace necesario articular y recabar información de diferentes áreas. Información que debemos aportar para concretar abordajes, seleccionar diversas intervenciones para situaciones diferentes, y dar respuestas a quienes más las requieren. En la Conferencia Mundial sobre determinantes sociales de la salud la OMS propone un Programa que es una invitación a avanzar en un proceso de construcción de consensos que permitan alcanzar modelos sanitarios más equitativos, inclusivos y justos. (OMS, 2011)

América Latina y el Caribe es una región marcada por grandes desigualdades sociales entre personas ricas y pobres, con niveles altos y bajos de educación, de zonas urbanas y rurales y de grupos étnicos dominantes y minoritarios. Las personas que viven en la pobreza, las minorías étnicas y otros grupos de población que se han mantenido al margen del desarrollo económico y humano a menudo carecen de acceso a servicios de salud y, en consecuencia, no pueden alcanzar el mismo grado de resultados en salud que quienes se han beneficiado con el desarrollo.

A pesar de que muchos países de América Latina y el Caribe han procurado ampliar los servicios de salud a las poblaciones pobres y vulnerables, las inequidades en salud siguen siendo generalizadas, especialmente para las mujeres, los lactantes y los niños. El análisis de encuestas nacionales de hogares, estimaciones epidemiológicas mundiales y estudios realizados anteriormente en toda la región reveló que las inequidades que padecen ciertos grupos demográficos no se limitan a un único problema de salud, sino que afectan a las mujeres y los niños durante toda su vida. (UNICEF, 2016)

3.4. Derecho a la salud

El acceso a la salud y el bienestar es un derecho humano, y esta es la razón por la que la Agenda para el Desarrollo Sostenible ofrece una nueva

oportunidad de garantizar que todas las personas, no solo las de mayor poder adquisitivo, puedan acceder a los más altos niveles de salud y Asistencia sanitaria. (ONU, 2015)

La salud es un asunto que atañe a todos, que depende del desarrollo social y económico de las naciones pero que es, por encima de todo, un derecho humano fundamental. No obstante, la protección integral de la vida, la eliminación de la mortalidad evitable, la erradicación absoluta del hambre y la mejora permanente de las condiciones de salud son metas solo alcanzables si se acompañan de la desaparición de la desigualdad económica y la falta de justicia.

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no consiste únicamente en la ausencia de afecciones o enfermedades. (“Constitución de la Organización Mundial de la Salud”, aprobada en 1946). El derecho a la salud, por lo tanto, está estrechamente ligado a otros derechos humanos fundamentales y su materialización depende de la realización de estos otros, especialmente el derecho a al agua (que incluye el derecho al acceso al agua potable y a saneamiento adecuado) y el derecho a la alimentación, y los servicios de cuidado médico. (OMS, 2018)

Sin embargo, el derecho a la salud no significa el derecho a estar sano. El derecho a tener buena salud supondría que los países deberían asegurar una buena salud a todas las personas (obligación de resultado). Esta hipótesis es inconcebible en la medida en que una buena salud depende, principalmente, de factores biológicos y socioeconómicos que son independientes de la voluntad de un país o de las personas, el derecho a la salud obliga al Estado a garantizar a los ciudadanos la posibilidad de poder disfrutar del mejor estado de salud que sea posible, los Estados deben asegurar el mismo acceso a la atención médica a toda su población.

En tal sentido resulta clarificadora la Observación General 14 del 11 de agosto de 2000, (apartado 8 del Pacto Internacional de derechos Económicos, Sociales y Culturales -1966-) que no sólo reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, sino que abarca aquéllas condiciones socioeconómicas que posibilitan llevar una vida sana, a saber: (Donato, 2016)

- Suministro adecuado de alimentos sanos.
- Una nutrición y una vivienda adecuada.
- El acceso a agua limpia potable.
- Condiciones sanitarias adecuadas.
- Condiciones de trabajo sanas y seguras.
- Medio ambiente sano.

- Acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.

Además, la materialización del derecho a la salud supone que los países establezcan servicios de salud que estén disponibles en cualquier circunstancia, accesibles para todos, de buena calidad y aceptables (es decir, que se ajusten a la ética médica y sean respetuosos con las diferencias biológicas y culturales).

3.5. Acceso a los servicios de salud

El Diccionario de la Lengua Española (2014) define acceso en lo general (sin la particularidad del tema de salud) como la “acción de llegar o acercarse” y como la “entrada al trato o comunicación con alguien” (Diccionario de la lengua Española, 2014). Así, sin ningún adjetivo, el acceso es una acción del lado del individuo (la demanda), el cual es responsable de acercarse o entrar en contacto con el establecimiento o persona a la que se busca.

En el ámbito de los servicios médicos, acceso sin adjetivos, se refiere a la acción individual de aproximarse o llegar a los servicios de salud, sin que ello implique obtener la respuesta buscada o esperada de los prestadores de los servicios. Es decir, esta definición no considera a los proveedores en

cuanto a si los servicios están disponibles o si existe algún impedimento para prestarlos, si son oportunos en cuanto al tiempo y espacio para su prestación, o si son de calidad. (Fajardo, Gutiérrez, & García Saisó, 2015)

El acceso a los servicios de salud, entendidos de forma amplia desde la promoción y prevención hasta los aspectos curativos, resulta ser la expresión final de los esquemas implementados para garantizar el financiamiento y la provisión de servicios en un contexto determinado, así como de los elementos que determinan los resultados del acceso en términos de salud de la población. La Asamblea de la OMS ha exhortado a los países a que promuevan la disponibilidad y el acceso universal a los bienes y servicios esenciales para la salud y el bienestar, con especial énfasis en la equidad. De manera consistente, el Instituto de Medicina de los Estados Unidos de Norte América (IOM, por sus siglas en inglés) cita los tres elementos principales para las instituciones prestadoras de servicios de salud, particularmente en el ámbito del sector público: el acceso, la calidad y los costos. (Fajardo, Gutiérrez, & García Saisó, 2015)

Se ha señalado que bajo un modelo de cobertura universal es indispensable pensar en calidad, accesibilidad y equidad como conceptos sustanciales. De esta manera se enfatizan algunos conceptos como la relación íntima e

indisoluble entre la calidad y la accesibilidad, a grado tal que se considera que “la calidad en abstracto, sin tener acceso, es un absurdo y que el acceso, sin calidad, es una falta de ética”, dentro de un contexto de equidad. (Fajardo, Gutiérrez, & García Saisó, 2015)

En este mismo sentido, los Ministros de Salud de Chile, Alemania, Grecia, Nueva Zelanda, Eslovenia, Suecia y el Reino Unido integraron en 2003 el Foro Internacional para el Acceso Común a los Servicios de Salud, con base en la convicción de que sus ciudadanos tendrían un mayor bienestar si tuvieran servicios de salud universales y con acceso equitativo a cuidados de salud de buena calidad, lo cual establece que la relevancia del acceso está en el principio de calidad, que a su vez determina los resultados del acceso en términos de salud y, por ende, constituye parte fundamental del acceso efectivo. (Fajardo, Gutiérrez, & García Saisó, 2015)

De igual forma, uno de los aspectos que afectan en mayor medida el acceso a los servicios de salud es la falta de equidad, motivada tanto por factores económicos como geográficos, étnicos, culturales, sociales, laborales y de regulación. De ahí que un reto fundamental de los sistemas de salud sea precisamente revertir la desigualdad en salud garantizando igual acceso y calidad de atención médica, tanto preventiva como curativa. Así, el acceso a los servicios, medido en términos de su utilización, depende también de la

accesibilidad física y aceptabilidad de los servicios y no simplemente de lo adecuado de su prestación.

Los servicios disponibles deben ser pertinentes y efectivos para que la población logre obtener resultados satisfactorios. La disponibilidad universal y la eliminación de las barreras económicas para la atención a la salud deben ser propósitos fundamentales de las autoridades nacionales y globales, a fin de que toda la población pueda obtener acceso justo a servicios, con oportunidad y alta calidad. En esta dirección, se observa con mayor claridad que la garantía del financiamiento y la oferta constante de servicios no es igual a un acceso efectivo que pueda reflejarse inmediatamente en los resultados de salud.

Este sentido, el monitoreo del acceso efectivo en los servicios de salud debe basarse en resultados, a través del cumplimiento de metas y objetivos y de la generación de esquemas de incentivos, los cuales podrán ser medibles a través de la satisfacción tanto de los usuarios como de los prestadores del servicio, o bien, de la demanda de servicios de acuerdo con las necesidades de la población, o del perfil epidemiológico.

3.6. Enfermedades no transmisibles

Las enfermedades no transmisibles (ENT) también conocidas como enfermedades crónicas, no se transmiten de persona a persona, son de larga duración. Cuatro tipos principales de enfermedades no transmisibles que causan altos gastos a los sistemas de salud: las enfermedades cardiovasculares (como ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares); el cáncer; las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes. (OMS, 2015).

Estas enfermedades no transmisibles atacan a todos los grupos de edad y regiones, pero desproporcionalmente a los países de ingreso bajos y medios donde según datos se registran el 75% de muertes por ENT, principalmente en las personas adultas y en personas por sus estilos de vidas y falta una dieta saludable, ejercicio etc.

Hay varios factores de riesgos de comportamiento modificables como el consumo de tabaco, inactividad física, dietas malsanas y el uso nocivo de alcohol. También factores de riesgos metabólicos, fisiológicos como hipertensión arterial, sobre peso / obesidad, hiperglicemia, hiperlipidemia (aumento de los lípidos en la sangre) Estas enfermedades prevenibles o hereditarias al no tomar medidas de control se convierten en crónicas ya que la mayoría de veces cuando son detectadas ya tienen que ser tratadas con

medicamentos permanentes por su estado avanzado, ocasionando cambios bruscos en sus estilos de vidas. (OMS, 2015)

3.6.1. Diabetes Mellitus

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas, no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce, La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre, el efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento de azúcar en la sangre) que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas especialmente los nervios y los vasos sanguíneos. (OMS, 2016)

La Diabetes Mellitus II (también llamada no insulina dependiente o de inicio en la edad adulto) representa la mayoría de los casos a nivel mundial debido en la mayoría al peso corporal excesivo, inactividad física y una dieta no saludable, con el tiempo la diabetes daña el corazón, vasos sanguíneos, ojos, riñones y nervios por lo que las personas tienen que lidiar con otra patología crónica y deteriorándose con más facilidad al no ser controlada. Según datos y cifras por la OMS el número de personas con Diabetes ha aumentado de 108 millones en 1980 a 422 millones el 2014. La prevalencia mundial de la diabetes en adultos (mayores de 18 años) ha aumentado del 4.7% en 1980 a 8.5% en el 2014 en la población adulta. (OMS, 2016)

La diabetes mellitus, particularmente el tipo 2, es una enfermedad cuyo desarrollo y evolución están directamente afectados por factores sociales. Los estilos de vida no saludables, la carencia de conocimientos para la prevención y el control adecuado de la enfermedad, la no accesibilidad a servicios de salud de calidad, entre otros, favorecen el desarrollo de la enfermedad, a la vez que influyen negativamente en el pronóstico. La base social de todos estos condicionantes catalogan a la diabetes mellitus, cada vez con mayor evidencia, como una enfermedad social. (Dominguez Alonzo, 2013)

Distintos estudios han analizado los determinantes sociales mostrando el impacto del cambio en el peso corporal en la incidencia y en la mortalidad de diabetes tipo 2. Por otro lado, la diabetes tipo 2 no se distribuye de manera igual entre los distintos grupos de la sociedad, presenta una mayor incidencia, mayores complicaciones y mayor tasa de mortalidad en personas con un nivel socioeconómico bajo, entre mujeres y en minorías étnica. Posibles explicaciones a este patrón social de la diabetes han sido propuestos, como el acceso y disponibilidad de alimentos y de espacios para realizar actividad física en relación a la obesidad, dieta, donde las inequidades en salud fueron más pronunciadas entre mujeres y en áreas urbanas (Perner, 2014).

En vista de la insuficiente información que permita reconocer la magnitud del problema de salud pública que la diabetes mellitus y sus complicaciones ocasionan a la población hondureña, con el fin de apoyar a los países del continente para hacerle frente a la diabetes, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en coordinación con la Secretaría de Salud y la Fundación Hondureña de Diabetes (FUNHPODIBE), en el marco del plan de acción denominado Iniciativa Centroamericana de Diabetes (CAMDI), ha desarrollado una investigación denominada “Encuesta de diabetes, hipertensión y factores de riesgo de enfermedades crónicas” en población urbana de Tegucigalpa la prevalencia de diabetes mellitus encontrada en la población estudiada fue del 6,2%; de los cuales la mitad no conocía que padecía dicha enfermedad. (OMS/OPS, 2009)

En la investigación CAMDI, las personas de 40 años y más presentaron mayor afectación, con una prevalencia de 7,9%. Presentaron intolerancia a la glucosa y(o) glucosa alterada en ayunas 15,5%. La prevalencia de hipertensión en el estudio fue 22,6%, y se observó de forma similar que en la diabetes, la mitad de las personas fueron diagnosticadas durante la investigación. En cuanto a los factores de riesgo, 1 de cada 3 personas presentó sobrepeso, y una de cada cinco obesidad. (OMS/OPS, 2009) Poco más de un tercio de los encuestados presentaron riesgo de enfermedad cardiovascular asociado a la circunferencia de cintura-cadera anormal.

La mitad de las personas presentaron niveles alterados de colesterol total. La prevalencia de colesterol elevado fue 18,1%, la del colesterol HDL bajo de 10,3%, del colesterol LDL elevado 11,2% y la de los triglicéridos elevados de 28,4%. El hábito de fumar se encontró en el 7,3% y de alcoholismo 11,3% de los encuestados. Siendo para el alcohol más frecuentemente consumido en el grupo de edad de 20 a 39 años. (OPS, 2003)

La diabetes es una importante causa de ceguera, insuficiencia renal, infarto del miocardio, accidentes cerebrovasculares y amputaciones de miembros inferiores o pie diabéticos, esto hace que las personas no tengan una buena calidad de vida y tengan que depender la mayoría de veces económicamente de sus familiares y les genere gastos elevados en salud. Para reducir la carga de la diabetes es necesario tomar medidas preventivas en el estilo de vida que son eficaces para prevenir la diabetes o retrasar su aparición y tener una vida saludable. (Perner, 2014)

3.6.2. Costos de la Diabetes Mellitus

El costo de la atención médica a nivel mundial muestra un crecimiento tan pronunciado que, si no se encuentra un sistema para disminuirlo, se arribará a una realidad tan grave que ningún país en el mundo tendrá la capacidad financiera para sufragarlo, y muchas familias se arruinarán al tratar de pagar

los gastos que una enfermedad les ha ocasionado, o morirán sin tratamiento. Este fenómeno obedece al crecimiento en el número de las personas de mayor edad con padecimientos crónicos, cuyos tratamientos son muy caros; al desarrollo de nuevos medicamentos y tecnologías; a una administración que no conoce el costo de cada paciente. (Arrea Baixench, 2013)

El impacto económico estimado de la Diabetes Mellitus es considerable y comienza a percibirse más claramente en los países más pobres, donde los diabéticos y sus familias asumen prácticamente todo el costo de cualquier atención médica que puedan permitirse. En América Latina, las familias pagan de sus propios bolsillos entre el 40 y 60% de los gastos de atención de la diabetes y en la India, los enfermos más pobres gastan un promedio del 25% de sus ingresos en atención médica privada. Más del 80% de los gastos de atención médica para la diabetes se realizan en los países económicamente más ricos del mundo. Menos del 20% de esos gastos se efectúan en los países de ingresos medios y bajos, donde vivirá el 80% de las personas con diabetes.

Estados Unidos alberga a aproximadamente el 8% de la población mundial que vive con diabetes y emplea más del 50% de todos sus gastos globales en el cuidado de esta enfermedad. Se han realizado algunos estudios para estimar el costo de la diabetes en distintos países del mundo y en general,

los resultados obtenidos se han basado en las cifras sobre la prevalencia de la enfermedad. (Dominguez, 2015) Con este enfoque se realiza una estimación de la carga económica incurrida en un Período, como consecuencia de la prevalencia de la enfermedad durante ese mismo período y que generalmente, se extiende a 1 año.

Los estudios en los que se estiman los costos de la enfermedad son importantes. En primer lugar, porque son métodos para demostrar el impacto económico de la enfermedad en la sociedad y deberían ser considerados conjuntamente con las estimaciones de mortalidad y morbilidad asociadas a la misma. En segundo lugar, porque permiten la comparación entre las diferentes enfermedades (Hart & Collazo Herrera, 1998)

La diabetes mellitus es una enfermedad que, económicamente, implica un gasto Público muy importante para los países, ya que estos pacientes ingresan con más frecuencia a los centros Hospitalarios y con larga estancia debido a sus complicaciones, incluso sin tener en cuenta el consumo de insulina y antidiabéticos ya que no se restringe solo esos medicamentos dado que estos pacientes también toman medicación para prevenir o tratar las complicaciones crónicas asociadas a su enfermedad como antihipertensivos, Cardiovasculares, Renales etc. por lo que generan elevados costos al estado y directamente a las personas o familiares. Los

presupuestos gubernamentales enfrentarán la inmensa presión de la atención a la diabetes en forma de pagos por incapacidad, pensiones, servicios sociales y médicos, y pérdidas de ingresos. (Dominguez, 2015)

Durante las últimas décadas, en los países desarrollados, han tenido lugar avances muy considerables en el tratamiento de la diabetes. La correcta insulinización, el autocontrol glicémico domiciliario, el cumplimiento correcto de la dieta y la práctica del ejercicio físico contribuyen sustancialmente a evitar, atenuar o retrasar las complicaciones de esta enfermedad, pero en este sentido los recursos asociados a estas medidas incrementan sustancialmente los costos directos totales en los sistemas sanitarios

Los costos económicos ocasionados por pacientes con Diabetes Mellitus se comportan de forma distinta, ya que muchos de ellos presentan complicaciones al momento del diagnóstico pasando rápidamente a ser consumidores de recursos para el tratamiento de las mismas, sobre todo de tipo vascular por lo que los costos van en aumento sin control de ellos. Las complicaciones crónicas constituyen la causa más importante de la morbimortalidad y los costos de la diabetes, condiciones que pueden reducirse de manera significativa mediante el control adecuado de la glucemia y de los factores de riesgo cardiovascular asociados. (Ruiz Ramos, Escolar-Pujolar, Mayoral Sanchez, Corral-San Laureano, & Fernandez - Fernandez, 2006)

3.6.3 Aspectos socioeconómicos relacionados a la atención de la Diabetes

La diabetes se ha convertido en una pandemia, se estima que para 2050, habrá cuatro mil millones de diabéticos en el mundo, lo cual no sólo impacta en la salud del paciente, sino en la economía en general del mundo. Aquí radica la implicación económica, por la reducción de la capacidad de producción, los pacientes de diabetes generalmente no pueden trabajar, por lo tanto, sus familiares deben ocuparse de los gastos, tanto de la medicina, que tiene un costo altísimo, como del hogar. (Diario Libre, 2012)

Existen tratamientos que disminuirían el continuo uso de insulina, en el mercado se encuentran dos dispositivos, llamados puertos de inyección, que reducen notablemente las aplicaciones. El problema es el coste: estos dispositivos cuestan desde 30 hasta 70 euros el kit para un mes, o sea hasta unos 840 euros anuales. A este precio se le debe sumar los gastos que tiene una persona con diabetes, que puede llegar a los 1.770 euros anuales, calcula la Federación de Diabetes Españoles (FEDE) De este coste, un 15% se va en fármacos antidiabéticos, otro 24% en otros fármacos como antihipertensivos o hipolipemiantes, y el 61% en gastos de atención primaria y hospitalizaciones. (Chuet-Missé, 2017)

Las personas con diabetes deben pincharse en un dedo y analizar una gota de sangre para precisar el nivel de sangre en su organismo y para algunas personas no tienen acceso a estos medidores especialmente en los países de América latina. Las tiras tradicionales para las muestras son gratuitas, pero hay medidores más sofisticados que evitan los pinchazos, y cuestan 60 euros por un uso de 15 días, y que las personas diabéticas puedan aprovechar la tecnología para tener una mejor calidad de vida. (Economía Digital, 2017)

3.7. Diabetes y Género

Estudios llevados a cabo en diferentes países observan tasas de Diabetes Mellitus 2, superiores en mujeres que en hombres^{14, 15}, pero no siempre los resultados confirman desigualdades de género en la prevalencia de la DM2. Mata et al¹⁶, que analizaron la prevalencia e incidencia en hombres y mujeres a lo largo de la década de los noventa en la población española, observaron que la prevalencia media de la década era mayor en las mujeres (5,7%) que en los hombres (4,1%). El estudio de Arteagoitia et al¹⁷, llevado a cabo en el País Vasco, también obtuvo una prevalencia ligeramente superior en mujeres que en hombres (el 4,7 y el 4,6%, respectivamente), pero una incidencia menor (4,9 y 5 por 1.000, respectivamente). Los datos de la Encuesta Europea de Salud de 2009 confirman la superioridad en la prevalencia auto declarada de diabetes en las mujeres respecto a los

hombres (el 6,31 y el 5,93%, respectivamente (Sandin, Espelt, Escolar-Pujolar, Arriola, & Larrañaga, 2011)

Asimismo, en la juventud las mujeres tienen más riesgo por la incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria y de ánimo; en la edad fértil, por el embarazo; y en la edad madura, por la menopausia. Se puntualizó, además, que las mujeres con diabetes tienen un riesgo especial y que acuden con más frecuencia a las consultas de atención primaria, pero anteponen el seguimiento de las necesidades de salud de su familia a las suyas.

3.8 Calidad en los servicios de salud del paciente diabético

El control de las personas con diabetes se ha convertido en uno de los problemas sanitarios de mayor complejidad en el mundo, y compromete la forma como las autoridades sanitarias desarrollan y aplican estrategias, políticas, programas y recursos asignados para su atención. Una de las funciones esenciales que han sido identificadas como críticas para la práctica de la salud pública en los países de las Américas es la garantía de calidad de los servicios de salud. Dentro de los elementos básicos que permiten medir su alcance, está la utilización de la evaluación de las intervenciones de salud con el mayor nivel de rigor científico (Avalos Garcia, y otros, 2017)

A nivel mundial la situación de la salud se encuentra en un momento de crisis, reflejada en los indicadores globales medidos en términos cuantitativos, tales como: tasa de mortalidad, tasa de letalidad, tasa de infecciones, Según el informe de Estocolmo, los significativos avances realizados en materia de desarrollo humano durante los últimos 25 años en América Latina y el Caribe ocultan un progreso lento y desigual en el caso de ciertos grupos. Para garantizar un desarrollo humano sostenible para todas las personas, resulta necesario centrar los esfuerzos sobre quienes ahora han sido excluidos y adoptar medidas para enfrentar las barreras que los marginan. (PNUD, 2017)

La Atención Primaria de Salud (APS) en el momento actual constituye el pilar fundamental del sistema sanitario y ocupa un escenario de profundas transformaciones con la incorporación a la práctica médica de nuevas o mejoradas tecnologías, la apertura de nuevos servicios y la universalización de la enseñanza, donde se convierte el área salud, en el escenario fundamental de la docencia de las Ciencias Médicas, espacio en el que se complementa la asistencia médica y la investigación, y donde los esfuerzos principales están centrados en el perfeccionamiento del Programa de Atención Médica Integral a la Familia y a la Comunidad. (Vicente Sanchez, Rivas Alpizar, Zerquera Trujillo, Peraza Alejo, & Rosell Garcia, 2012)

El tema de la calidad parte de los propósitos y de los requisitos establecidos que debe cumplir cualquier organización y de la satisfacción de las necesidades de las personas a las cuales presta un servicio. En materia de salud, dar una respuesta efectiva a los problemas o situaciones de salud que inciden sobre una población y sus individuos, identificados o no por ellos y estableciendo o aplicando las normas, procedimientos y protocolos, diagnósticos terapéuticos necesarios para la recuperación de su salud.

Cualquier sistema de dirección dirigido al desarrollo de la calidad debe tener como eje central la capacidad de integrar los programas dirección y servicios de cada país para crear una cultura de la calidad. Se puede concluir que el establecimiento de los lineamientos de la calidad en las instituciones de salud y en cualquiera de los niveles de atención es oportuno y deben ser tenidos en prestación de la atención médica al paciente diabético.

3.9. Caracterización del departamento de Colón

El origen de su nombre, fue a partir del hecho histórico que fue la primera tierra firme de Centroamérica pisada por el Almirante Cristóbal Colon. La primera división política territorial se realizó en 1825, el departamento de Colón formaba parte del departamento de Yoro, hasta 1881, que con una

parte de Yoro y la Mosquitia se formó un nuevo departamento. (Honduras en sus manos, 2016)

Fundado como Departamento el 19 de diciembre de 1891 por la administración del Presidente Ponciano Leiva, tiene como cabecera departamental a la ciudad de Trujillo. Se encuentra situado en el sector septentrional del país y presenta al Norte un extenso litoral abierto al mar caribe. Su población actual es de 246,708 habitantes. Cuenta con diez municipios: Trujillo, Balfate, Bonito oriental, Irióna, Limón, Saba, Santa Fe, Santa Rosa de Aguan, Sonaguera, Tocoa Colón. Limita al norte, Mar Caribe o de las Antillas; al sur, los departamentos de Olancho y Yoro; al este, departamento de Gracias a Dios y al oeste, departamento de Atlántida. Extensión territorial: 8,874.8 Km² (Honduras, 2018)

Cuenta con dos Hospitales Generales, el Hospital San Isidro ubicado en el municipio de Tocoa surgió inicialmente por la necesidad de atender enfermos y damnificados del huracán Fifi de 1974, acondicionándose en una iglesia en construcción. Fue su primer director el Dr. Justo Pastor Ramírez quien en 1977 obtuvo a favor del Ministerio de Salud, el predio donde se construyó años después como Hospital de área, el cual se inauguró el 30 de octubre de 1993, donde actualmente se ubica el Hospital.

El hospital San Isidro, atiende una población heterogénea de toda la región geográfica de Colón. Además de pacientes que habitan en municipios de Olancho, Gracias a Dios, Atlántida. Yoro e Islas de la Bahía., cuenta con salas de observación, medicina Interna, cirugía, ginecología y maternidad, neonatología, pediatría, y con las especialidades de medicina Interna, pediatría, ginecología. Cirugía, desde 2016, con médicos especialista de la universidad ELAN de Cuba, que han realizado su servicio social en las áreas de dermatología, endocrinología, y neumología

En el año 2016 y actualmente el hospital solo cuenta con un internista permanente que cubre diez guardias al mes y uno por contrato que atiende la sala de hospitalización, la consulta externa especializada y la programación de evaluaciones cardiológicas pre-operatorias. Especialista en cirugía solo cuenta con tres profesionales de esta rama, uno permanente que cubre en horas matutinas y guardias y otro en horas vespertinas y el tercero solo guardias, salas de hospitalización atendidos por médicos en servicio social junto con el especialista de las diferentes áreas.

Médicos generales permanentes diez, contrato ocho, interinato dos, Enfermeras profesionales permanente veinte y dos, contrato uno, Interinato tres, que cubren como jefas de sala, enfermeras rotatorias en la sala de labor y parto y supervisoras en los diferentes turnos, Enfermeras auxiliares permanentes 64, contrato veinte y cuatro, Interinato uno, auxiliares de enfermería rotatorias en las diferentes salas y en consulta externa.

El hospital solo cuenta con una sala de medicina y cirugía de Hombres y mujeres con cuatro camas, lo que es insuficiente para la demanda y los días estancias prolongados o reingresos que tiene las personas principalmente con Diabetes Mellitus y hace que la sala de observación y emergencia pase congestionada con personas ya ingresadas y con orden de traslado a sala. Esta situación y debido al actual sistema de salud que se caracteriza por los altos niveles de fragmentación generando entre otras dificultades en el acceso por falta de coordinación entre los distintos niveles de atención y dificultad el acceso de los servicios.

IV. METODOLOGÍA

El presente estudio se realizó en el Hospital San Isidro, Tocoa, departamento de Colón, Honduras C.A. El objetivo fue analizar los costos en la atención Intrahospitalaria del paciente con Diabetes Mellitus tipo II que ingresaron por la sala de emergencia a las salas de cirugía y medicinas en el año 2016.

Esta Investigación es de tipo cuantitativa, ya que se midieron los costos intrahospitalarios de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II, es descriptivo de corte transversal y analítico, no experimental. Se tomaron todos los pacientes procedentes de los diferentes municipios del departamento de Colón, de diferentes razas o etnias como ser mestiza, garífunas, Misquita, etc.

Se caracterizaron las variables por:

Edad: Espacio de años que han corrido de un tiempo a otro.

Género: grupo al que pertenecen una persona, un animal o una cosa según sus cualidades o características

Procedencia: Origen, principio de donde nace o se deriva algo.

Costos de atención.: Una dinámica entre la parte asistencial y la administrativa y tienen que ver con la eficiencia en el gasto de insumos, mejoramiento en la calidad y prestación del servicio

Días estancias: refleja la permanencia promedio de los pacientes en el hospital. Es un indicador de eficiencia de la prestación de servicios, así como el uso del recurso de cama. Puede indicar aplicación inadecuada de la capacidad resolutive cuando los días de estancia son demasiado cortos o demasiado largos, lo que hace especialmente útil a este indicador cuando se analiza por afección principal. El cociente para calcular el promedio de días de estancia es el siguiente:

$$\text{Promedio de días de estancia} = \frac{\text{Número total de días de estancia en el hospital}}{\text{Total de egresos hospitalarios}}$$

El universo lo constituyeron 1084 personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II atendidos en la sala de emergencia y consulta externa del hospital San Isidro del Municipio de Tocoa, Colón.

Muestra: se seleccionó a las personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus, Hombres y Mujeres que fueron ingresados a las salas de Medicina y Cirugía, independientemente de su DX de ingreso principal, totalizando 65 personas de ambos sexos.

La información se recolectó por medio de la revisión de libros de ingresos de las salas de medicina y cirugía para conocer los nombres y números de expedientes para luego solicitarlos al departamento de estadísticas y así hacer la revisión del expediente clínico. Se elaboró un instrumento de recolección de datos, una encuesta diseñada por la investigadora, utilizando las variables del estudio con el propósito de contar con información que permitiera establecer los costos de la atención del paciente diabético para este centro hospitalario. Se detallaron datos generales (edad, sexo, procedencia, fecha de ingreso y egreso) los tres primeros diagnósticos de ingreso, atención médica y de enfermería, medicamentos administrados, Insumos, exámenes complementarios, y procedimientos quirúrgicos realizados durante sus ingresos.

Se realizó el cálculo de los costos según complicación, para ello se estudiaron los pacientes diabéticos según diagnóstico de egreso, realizando un promedio de los gastos incurridos por la institución hospitalaria, mediante la proporción de precios que fueron brindados por la administración, farmacia, almacén, jefatura del talento humano del Hospital San Isidro. La información recolectada se introdujo en el sistema de análisis estadístico SPSS. Los

resultados se registraron en tablas y gráficos elaborados en SPSS y Excel 2010.

V.RESULTADOS

Tabla 1

Pacientes ingresados con Diabetes Mellitus Tipo II según Genero.

Hospital San Isidro Tocoa, Colón. Año 2016.

Genero	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	37	56.9%
Masculino	28	43.1%
Total	65	100%

De los 65 Pacientes ingresados con Diabetes Mellitus Tipo II, el 56.9 % son femenino y el 43.1% son masculino

Tabla 2

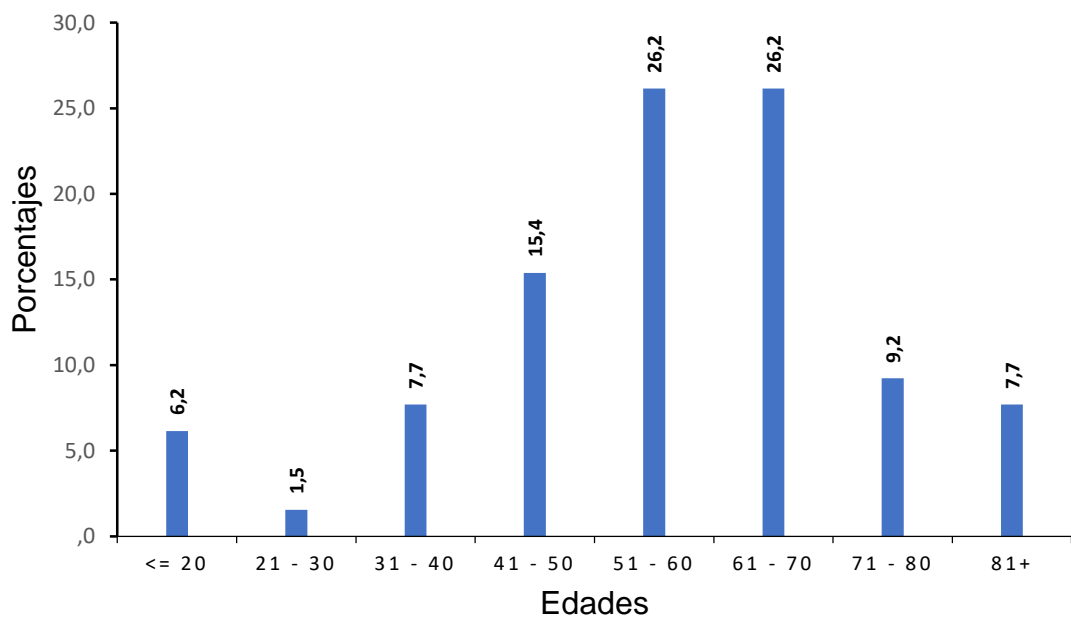
**Procedencia de Pacientes con Diabetes Mellitus según municipio,
Ingresados Hospital San Isidro Tocoa, Colón. Año 2016.**

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Tocoa	43	66,2%
Trujillo	6	9,2%
Saba	7	10,8%
Sonaguera	5	7,7%
Bonito Oriental	1	1,5%
Iriona	2	3,1%
Santa Rosa de Aguan	1	1,5%
Total	65	100%

De los 65 Pacientes Ingresados con Diabetes Mellitus Tipo II, el 66.2 % proceden de Tocoa; seguido del municipio de Saba, Trujillo, Sonaguera e Iriona y de Santa Rosa de Aguan y Bonito Oriental un 1.5 %.

Grafico 1

Pacientes con Diabetes Mellitus Ingresados en el Hospital San Isidro según intervalos de edad. Tocoa, Colón. Año 2016.



La Edad de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II que con más frecuencia ingresaron está comprendida entre los 51 a 70 años y el de menor edad de 21 a 30 años.

Tabla 3

Diagnostico N. 1 de pacientes con Diabetes Mellitus Ingresados en el Hospital San Isidro Tocoa, Colón. Año 2016.

Diagnostico N°1	Frecuencia	Porcentajes
Pie Diabético	11	16,9
EPOC	1	1,5
IRC	2	3,1
ITU	1	1,5
NAC	2	3,1
Pielonefritis	2	3,1
SDA	1	1,5
Trauma	1	1,5
Ulcera	3	4,6
Urgencia Hipertensiva	2	3,1
DM Tipo II Controlada	10	15,4
DM Tipo II Descompensada	15	23,1
Absceso	4	6,2
Celulitis	5	7,7
CCC	2	3,1
Dengue no grave	1	1,5
Derrame Pleural	1	1,5
ECV	1	1,5
Total	65	100%

Abreviaturas:

EPOC = Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

ITU = Infección del Tracto Urinario

SDA = Sangrado Digestivo Alto

CCC = Colecistitis Crónica Calculosa

IRC = Insuficiencia Renal Crónica

NAC = Neumonía Adquirida en la Comunidad

DM = Diabetes Mellitus

ECV = Evento Cerebro Vascular

De los 65 pacientes Ingresados como primer diagnóstico el 23.1% correspondió a Diabetes Mellitus Tipo II descompensada, seguida del 16.9% con diagnóstico de Pie Diabético, 15.4% Diabetes Mellitus Tipo II Controlada

Tabla 4**Diagnostico N.2 en Pacientes con Diabetes Mellitus II Ingresados en el Hospital San Isidro Tocoa, Colón. Año 2016.**

Diagnostico N°2	Frecuencia	Porcentaje
Ulcera	1	1,5
Tercera edad	1	1,5
IIT	1	1,5
Pielonefritis	1	1,5
Absceso	1	1,5
Ca Faringe	1	1,5
NAC	1	1,5
Arritmia	1	1,5
Anemia	1	1,5
Litiasis Renal	1	1,5
Neumotórax	1	1,5
DM Tipo II Controlada	9	13,8
Pie Diabético	12	18,5
Necrosis	2	3,1
DM Tipo II Descompensada	19	29,2
IRC	2	3,1
Sospecha de TB	1	1,5
ICC	1	1,5
HTA	5	7,7
ITU	3	4,6
Total	65	100%

Abreviaturas:

TB = Tuberculosis

CIT = Cardiopatía Isquémica Transitoria

IRC = Insuficiencia Renal Crónica

HTA = Hipertensión Arterial Crónica

NAC = Neumonía Adquirida en la Comunidad

CA = Cáncer

ICC = Insuficiencia Cardíaca Congestiva

ITU = Infección del Tracto Urinario

DM =Diabetes Mellitus

De los 65 Pacientes Ingresados el segundo diagnostico correspondió en un 29.2% a Diabetes Mellitus Tipo II Descompensada, seguido del 18.5% Pie Diabético, 13.8% Diabetes Mellitus Tipo II Controlada.

Tabla 5

Diagnostico N.3 Pacientes con Diabetes Mellitus II Ingresados en el Hospital San Isidro, Tocoa, Colón. Año 2016.

Diagnostico N°3	Frecuencia	Porcentaje
Neumotórax	1	11,9
DM Tipo II Controlada	5	7,7
Síndrome Vertiginoso	1	2,2
Secuelas ECV	1	2,2
EPOC	1	2,2
IRC	5	11,9
Adulto Mayor	1	2,2
HTA	12	28,6
Anemia	3	7,1
Absceso	1	2,2
Celulitis	2	4,8
Bronco Neumonía	1	2,2
DM Tipo II Descompensada	4	9,5
Infarto Hemorrágico	1	2,2
Asma Bronquial	1	2,2
HTA	1	2,2
Total	42	100%

Abreviaturas:

DM = Diabetes Mellitus

EPOC = Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

HTA = Hipertensión Arterial

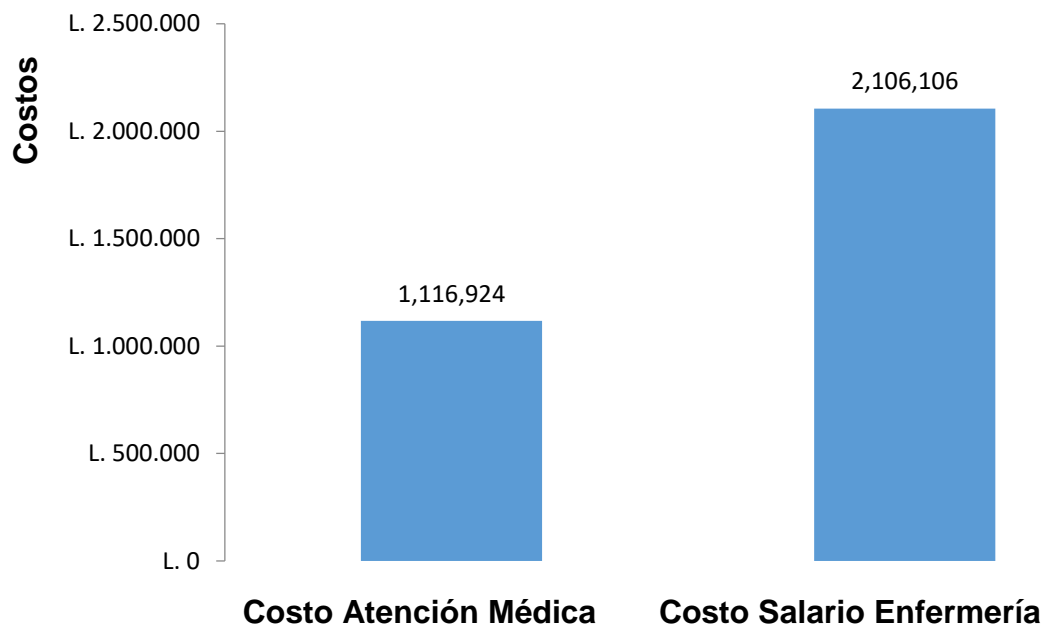
ECV =Evento Cerebro Vascular

IRC = Insuficiencia Renal Crónica

42/65 Pacientes que tenían un Diagnostico N°3, la Hipertensión Arterial Crónica correspondió a un 28.6%, seguidos de Insuficiencia Renal Crónica y Diabetes Mellitus Tipo II Controlada 11.9%, Diabetes Mellitus Tipo II Descompensada 9.5%.

Grafico .2

Costos totales de Atención de Pacientes Ingresados según atención médica y de enfermería. Hospital San Isidro de Tocoa, Colón. Año 2016.



En los Pacientes ingresados con Diabetes Mellitus Tipo II el costo en la atención de enfermería es el más alto con L2, 106,106, seguido de la atención médica.

Tabla 6

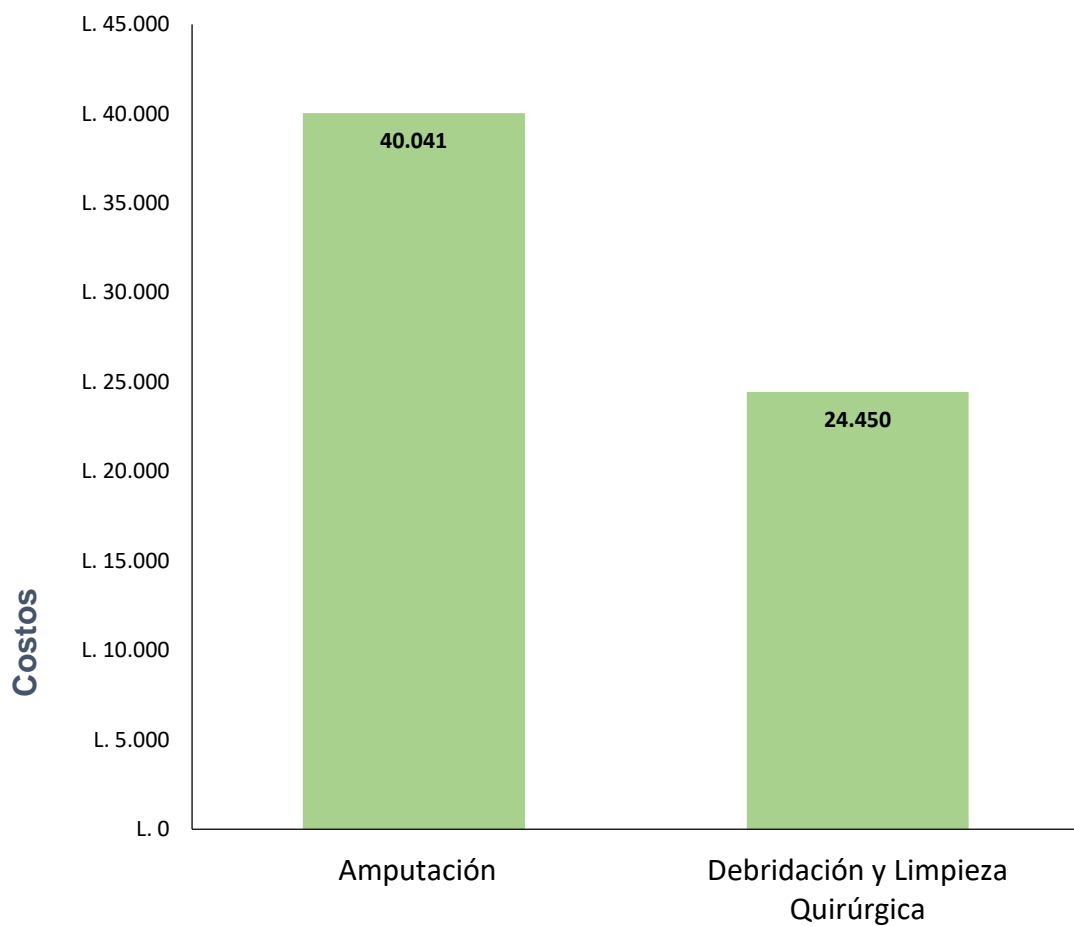
**Medicamentos administrados en Pacientes con Diabetes Mellitus II
Ingresados en el Hospital San Isidro, Tocoa, Colón. Año 2016.**

NO	MEDICAMENTO	CANTIDAD (LEMPIRAS)
1	Total Hipoglucemiantes (insulina cristalina y NPH)	1848
2	Total Antibióticos	47865
3	Total Analgésicos	7570
4	Total Protector Gástrico	39880
5	Total Diuréticos	2527
6	Total Vitaminas	12
7	Total Lipolipimiente	238
8	Total Antihipertensivos	2420
9	Total Antiaginoso	163
10	Total Broncodilatador	928
11	Total Esteroides	456
12	Total Antihelmíntico	105
13	Total Antimicótico	55
14	Total Anticoagulante	8954
15	Total Laxante	220
16	Total Digitalizador	250
17	Total Aminas	8
18	Total Antihemorrágico	46
19	Total Antipsicótico	43
	TOTAL	L. 113.591

Los pacientes ingresados con Diabetes Mellitus Tipo II el costo más alto correspondieron a los antibióticos y Protector gástrico seguido de anticoagulantes y los analgésicos.

Grafico 3

Costos Quirúrgicos de pacientes con Diabetes Mellitus II Ingresados al Hospital San Isidro, Tocoa, Colón. Año 2016.



De los 65 Pacientes Ingresados con Diabetes Mellitus Tipo II correspondieron los costos quirúrgicos en primer lugar Amputación de miembro (8 personas) y Desbridamientos quirúrgicos (5 personas).

Tabla 7**Costo diario en dólares y Lempiras de una persona con Diabetes****Mellitus complicada. Hospital San Isidro, Tocoa, Colón. Año 2016.**

Categoría de costos	Diabetes mellitus 2 descompensada		Pie diabético		Amputación en pacientes diabéticos	
Costos de atención médica y enfermería	(\$128,6)	L. 3.094,0	(\$125,4)	L. 3.016,0	(\$128,7)	L. 3.096,7
Exámenes de laboratorio	(\$0,7)	L. 17,4	(\$0,6)	L. 13,8	(\$0,4)	L. 9,8
Imágenes diagnosticas	(\$0,2)	L. 5,8	(\$0,3)	L. 6,4	(\$0,2)	L. 4,0
Insumos	(\$4,8)	L. 116,0	(\$4,1)	L. 97,6	(\$3,7)	L. 90,0
Procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos	(\$0,0)	L. 0,0	(\$0,0)	L. 0,0	(\$17,4)	L. 418,8
Medicamentos	(\$9,2)	L. 220,8	(\$6,6)	L. 160,0	(\$7,9)	L. 190,7
Componentes sanguíneos	(\$1,2)	L. 29,8	(\$0,0)	L. 0,0	(\$1,1)	L. 27,4
Total	(\$144,8)	L. 3.483,8	(\$136,9)	L. 3.293,8	(\$159,5)	L. 3.837,4

Cambio del Dólar: 24.06 lempiras

Promedio Días Estancia = 10 días

De los pacientes ingresados con diagnostico Diabetes Mellitus II las amputaciones tuvieron un costo diario de \$159.5 (L3, 837.4) seguida por la Diabetes Mellitus descompensada de \$144.8 (L3, 483.8) y el Pie Diabético \$136.9 (L3, 293.8)

Tabla 8

**Costo Total de Pacientes con Diabetes Mellitus Ingresados al Hospital
San Isidro, Tocoa, Colón. Año 2016.**

COSTOS	CANTIDAD (Lempiras)	CANTIDAD (Dólares)
Atención médica y Enfermería*	3,223,029.59	137.736,31
Exámenes de laboratorio	11,245.00	480,56
Imágenes diagnósticas	3,550.00	151,71
Componentes sanguíneos	13,918.46	594,81
Insumos	65,962.43	2.818,91
Medicamentos	113,590.87	4.854,31
Procedimientos quirúrgicos	64,491.25	2.756,04
Total	L. 3495.787,60	\$149.392,63

*Incluye solo salarios profesionales

Promedio de gasto por persona L53, 781.35

El costo de Atención intrahospitalaria fue de L. 3, 495,787.60 equivalentes a \$. 149,392.63, correspondiendo el más elevado a la atención médica y de enfermería en pacientes ingresados con Diabetes Mellitus Tipo II.

VI. ANALISIS DE RESULTADOS

En las últimas décadas, el mundo ha sido testigo de incrementos significativos en indicadores de morbilidad, mortalidad y económicos por la diabetes mellitus. En México, la prevalencia de la diabetes mellitus estimada en 2012 fue del 9,2%, y la tasa de mortalidad fue de 70 por 100.000 habitantes lo que ubica a este padecimiento como la principal causa de muerte en el país. Se estima que la atención de la diabetes mellitus representa el 15% de los recursos invertidos por las instituciones de salud en México. El Instituto Mexicano del Seguro Social produjo el 45,5% del total de egresos hospitalarios reportados por el sistema público de salud del país entre los años 2008 y 2013, lo que hace suponer que fue esta institución la mayor ejecutora de recursos económicos por esta causa. (Salas Zapata, Palacios Mejia, Aracena Genao, Hernandez Avila, & Nieto Lopez, 2016)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en coordinación con la Secretaría de Salud y la Fundación Hondureña de Diabetes (FUNHPODIBE), en el marco del plan de acción denominado Iniciativa Centroamericana de Diabetes (CAMDI), desarrolló una investigación denominada "Encuesta de diabetes, hipertensión y factores de riesgo de enfermedades crónicas" en población urbana de Tegucigalpa en el año 2009. La prevalencia de diabetes mellitus encontrada en la población estudiada fue del 6,2%; de los cuales la mitad no conocía que padecía dicha enfermedad. Las personas de 40 años y más presentaron mayor afectación, con una prevalencia de 7,9%.

Presentaron intolerancia a la glucosa y(o) glucosa alterada en ayunas 15,5%. La prevalencia de hipertensión en el estudio fue 22,6%, y se observó de forma similar que, en la diabetes, la mitad de las personas fueron diagnosticadas durante la investigación. (OMS/OPS, 2009) De acuerdo a los resultados obtenidos en esta investigación, de los pacientes ingresados en más alto porcentaje eran del género Femenino (56.9%) en comparación con el género masculino.

La población femenina parece ser más susceptibles ya que en la juventud las mujeres tienen más riesgo por la incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria y de ánimo; en la edad fértil, por el embarazo; y en la edad madura, por la menopausia. Los resultados anteriores coinciden con la investigación realizada, donde las mujeres son las que están siendo ingresadas con más frecuencia.

Según los resultados obtenidos estos pacientes proceden en más alto número del municipio de Tocoa debido a que allí es donde se ubica el Hospital San Isidro, sitio donde se realizó la investigación, seguido de los municipios que se encuentran más cercanos como Trujillo, Saba y Sonaguera.

Los rangos de edad de los pacientes ingresados están registrados entre 51 a 70 años (67%), seguido del grupo de edad de 71 años y llama la atención los ingresos registrados en edades muy tempranas como se refleja en los menores de 20 años (6.2%). Según un estudio realizado en México la edad de los pacientes registrada correspondió entre 44 y 64 años representando el mayor número de egresos (45%), y les siguieron quienes tenían 65 o más años de edad (41,84%) (Salas Zapata, Palacios Mejia, Aracena Genao, Hernandez Avila, & Nieto Lopez, 2016)

El incremento de las hospitalizaciones en personas de 15 a 44 años de edad podría estar relacionado con un aumento de los casos de diabetes mellitus en edades más tempranas y con el padecimiento de complicaciones por la población más joven. Lo anterior es una situación compleja, en la que se observa una población económicamente activa afectada, que está demandando servicios de hospitalización, y cuya situación podría empeorar. Lo que coinciden que es la edad donde las personas con diabetes están siendo ingresadas con complicaciones y que es la edad productiva.

En el momento del ingreso el paciente diabético se puede encontrar fundamentalmente en dos situaciones: con su diabetes descompensada o compensada. Si está descompensada hay que investigar la causa

desencadenante de la descompensación, siendo las infecciones al ingreso la causa más frecuente seguida del incumplimiento u omisión del tratamiento.

La enfermedad cardiovascular es la primera causa de muerte en personas con diabetes tipo 2 y puede llegar a representar el 50% o más de los fallecimientos por esta patología. Las personas con diabetes también tienen aumentado alrededor de tres veces el riesgo de padecer enfermedad renal crónica. La elevación persistente de la glucosa en sangre también puede causar daño en la función del riñón. El otro factor de progresión importante de la enfermedad renal en personas diabéticas es la presión arterial alta, esto puede traducirse en problemas para filtrar algunas sustancias potencialmente tóxicas que pueden hallarse en la sangre. (Sucrí, 2018)

La diabetes puede aumentar el riesgo de que se presenten problemas en el corazón y vasos, debido a la hiperglicemia. Esto incluye infartos, dolor torácico o angina y obstrucciones en las arterias que nutren de sangre el corazón, aumento de enfermedades en piel y en la boca: la diabetes puede hacerte más susceptible a infecciones bacterianas y por hongos.

El “pie diabético” es otra de las complicaciones crónicas de la diabetes, afecta al 25 % de los diabéticos. El daño a los nervios que produce la

diabetes puede hacer que se pierda la sensación en los pies, y por lo tanto puede no sentirse una cortadura, una ampolla o una llaga. Las lesiones como éstas en el pie pueden causar úlceras e infecciones y, en los casos graves, pueden inclusive causar una amputación. “Se puede padecer pie diabético y no tener conciencia de su presencia, por la falta de sensibilidad. Por ello se suele consultar tarde, cuando las lesiones han progresado y en muchas ocasiones es poco lo que puede realizarse”, según comentario del doctor Adolfo V. Zavala, presidente de la Fundación Escuela para la formación y actualización en Diabetes y Nutrición. (Sucrí, 2018)

De acuerdo a los resultados del primer Diagnóstico Diabetes Mellitus Tipo II, fue la descompensación seguida de Pie Diabético, Diabetes Mellitus II Compensada, Celulitis y Absceso. Como segundo diagnóstico registrado se encontró: Diabetes Mellitus Descompensada, seguida del Pie Diabético, Hipertensión Arterial Crónica (HTA) e Infección del Tracto Urinario (ITU). el tercer Diagnóstico se registró en 42/65 pacientes siendo la Hipertensión Arterial Crónica, seguidas de Diabetes Mellitus Tipo II, DM Tipo II Descompensada.

Lo que demuestra que estos pacientes están teniendo enfermedades secundarias producto de diabetes como descompensaciones por hiperglicemia o hipoglicemia, enfermedades de la piel, hipertensión arterial

crónica que los llevan a una etapa de insuficiencia renal y en un grado crónico se mantienen mediante diálisis tres veces por semana los que los lleva a sufrir severas anemias, tienen que ser ingresados para transfundirlos y estabilizarlos o por tener un pie diabético que amerita largas estancias hospitalarias.

Unos de los costos más elevados que se obtuvieron como resultado en esta investigación fueron los relacionados a los salarios por la atención que brinda el personal de enfermería, tanto profesional como auxiliar y que correspondió a L.2, 106,106.00 lempiras; seguido de los costos de atención por el personal Médico que correspondió a L.1, 116,924.00. Es de hacer notar que este hospital el personal de enfermería es más numeroso que el personal médico, este último compuesto en su mayoría por médicos generales y en servicio social.

Los insumos médicos quirúrgicos (esparadrapo, jeringas, gasas, catéter, Venoclisis, micro goteros, guantes, algodón, antisépticos, venda gasa, sueros, cintas para glucómetro) fueron registrados en L.65,962.43, es el mayor costo comparado con los costos de las Imágenes diagnósticas (L.3,550.00) debido a que en el hospital solo se realizan radiografías y electrocardiograma en comparación con el estudio realizado en el Hospital Escuela Universitario de Tegucigalpa, donde estos costos diarios entre

insumos e imágenes diagnóstica en neuropatía diabética L. 91, pie diabético L.95, insuficiencia renal L. 82, neuropatía oftálmica L. 50. (Nuñez Parada, 2014).

En la presente investigación no se pudo comprobar en algunos casos en los expedientes clínicos si fueron las radiografías realizadas en el hospital ya que algunas imágenes diagnósticas son enviadas a los servicios privados, de igual manera exámenes de laboratorio, correspondiendo estos a gastos de bolsillo del paciente, que no fue objeto de estudio de esta investigación.

En los resultados obtenidos en cuanto a costos de los medicamentos que se administrados a los pacientes con DM Tipo II el mayor costo correspondió a antibióticos, seguido de los protectores gástrico, anticoagulantes y analgésicos. Un alto porcentaje requirió el uso de Antibióticos para tratar sus descompensaciones o enfermedades secundarias, se agregó el uso de protectores gástricos para disminuir o prevenir efectos secundarios por el uso de medicamentos que fueron utilizados. También los anticoagulantes es uno de los medicamentos utilizados especialmente en los pacientes con diagnóstico de pie diabético. Según (Nuñez Parada, 2014) en el Hospital Escuela Universitario (HEU) en la categoría costos de pacientes con Diabetes Mellitus (DM), los medicamentos en el pie diabético diario

correspondió a L.6061, seguido de la neuropatía Diabética mL.5907, Insuficiencia Renal L.4769 y Neuropatía Oftálmica 823 lempiras.

Un estudio publicado en Journal of Clinical Endocrinology & Metabolismo ha descubierto que las personas que desarrollan la diabetes tipo 2 utilizan significativamente más los antibióticos que las personas sin la enfermedad. Los investigadores autores de la publicación utilizaron datos de ciudadanos de Dinamarca, ya que el país cuenta con un sistema de seguro nacional de salud de pagador único con registros detallados de salud y farmacia. (Blaser, 2015)

En esos datos los investigadores observaron a más de 170.000 personas que tenían diabetes tipo 2 y realizaron un seguimiento de sus recetas de antibióticos, las personas con diabetes tipo 2 tenían más probabilidades de recibir más ciclos de antibióticos (0,8 recetas por año) que los que no tenían la enfermedad (0,5 recetas por año). Un mayor uso de antibióticos se detectó hasta 15 años antes de que las personas con diabetes tipo 2 fueron incluso diagnosticadas; un mayor uso de los antibióticos también se encontró después del diagnóstico. (Blaser, 2015)

Las complicaciones gastrointestinales de la diabetes han llegado a ser frecuentes a medida que la tasa de diabetes ha aumentado. Estas

complicaciones y sus síntomas están ocasionadas por anomalías de la motilidad gastrointestinal, a consecuencia de la neuropatía autonómica que compromete al tracto gastrointestinal. Aunque algunos estudios han indicado que esta neuropatía tiene relación con la antigüedad de la diabetes, el *Diabetes Control and Complications Trial*, comprobó que, al menos en los diabéticos tipo 1, la neuropatía y otras complicaciones gastrointestinales se asocian con el mal control glucémico y no necesariamente con la duración de la diabetes (Shakil, Church, & Shobha, 2008)

Entre las complicaciones gastrointestinales de la diabetes se hallan la gastroparesia, la enteropatía intestinal, la cual puede causar diarrea, constipación e incontinencia fecal, y la esteatosis hepática no alcohólica. Las manifestaciones esofágicas de la neuropatía diabética, incluyendo el peristaltismo anormal, las contracciones espontáneas y la alteración del tono del esfínter esofágico inferior, provocan ardor de estómago y disfagia. La relación entre la hiperglucemia y la dismotilidad no está bien establecida. Aunque muchos pacientes pueden tener evidencia objetiva de dismotilidad esofágica o reflujo, los síntomas solo ocurren en una minoría de pacientes con diabetes. (Shakil, Church, & Shobha, 2008)

Otros factores posibles que contribuyen al reflujo asociado con la diabetes son la obesidad, la hiperglucemia y la menor secreción de bicarbonato por las glándulas parótidas. El tratamiento consiste en el buen control de la

glucemia y el uso de medicamentos para controlar el reflujo. (Shakil, Church, & Shobha, 2008)

El riesgo de enfermedad cardiovascular en diabetes es elevado, dicho riesgo es mayor entre los pacientes con diabetes tipo 2. La indicación de tratamiento será individualizada y vendrá determinada por el riesgo trombo embólico, así como de las posibles contraindicaciones y/o riesgo hemorrágico del paciente. Los anticoagulantes estarán indicados en función de la causa que genera el riesgo trombótico absoluto, no para reducir el riesgo únicamente relacionado con la diabetes (García Muñoz, 2010)

Las personas con diabetes son más susceptibles de sufrir problemas en los pies, a menudo debido a dos complicaciones de esta enfermedad: daño en los nervios (neuropatía) y mala circulación. La neuropatía periférica causa una pérdida de sensaciones en los pies, lo que disminuye la capacidad para sentir dolor o lesiones. Una mala circulación disminuye la capacidad del cuerpo para sanar, lo que dificulta enfrentar una infección o curar lesiones o heridas.

Para una persona con diabetes estas complicaciones pueden ser una combinación mortal. Cuando una persona con diabetes tiene neuropatía, con frecuencia no se da cuenta de si sus zapatos están presionando y

produciendo callos, cortaduras o ampollas. Estas lesiones menores en los pies pueden desarrollarse hasta convertirse en úlceras, que son rupturas o agujeros en la piel. Si, además, hay mala circulación, las úlceras pueden infectarse y es posible que no sanen adecuadamente.

Esta es una complicación común asociada a la diabetes y puede llevar a una úlcera crónica de pie, que constituye una de las principales causas de amputación. Se piensa en la amputación cuando el potencial de curación es bajo o si una infección grave se propaga, amenazando la vida del paciente. Al comparar con los resultados de la investigación unas de las complicaciones del pie diabético fue la amputación siendo uno de los procedimientos que más costos comparado con el desbridamiento y limpieza quirúrgica. El elevado costo del tratamiento de la Diabetes Mellitus 2 y sus complicaciones sugiere la posibilidad de que un buen control de la enfermedad pueda no solo mejorar la supervivencia y la calidad de vida, sino reducir los costes asociados con las complicaciones crónicas.

En los resultados de esta investigación se observó que las amputaciones tuvieron un alto porcentaje en los costos diario de L3, 837.4 seguida por la Diabetes Mellitus descompensada de L3, 483.8 y el Pie Diabético L3, 293.8 Al comparar el estudio realizado en el Hospital Escuela Universitario (HEU) en el año 2014, los costos de pacientes con Diabetes Mellitus 2 complicada,

correspondieron a pie diabético que es el que genera más costos L.7898 aproximadamente diarios, seguido de la neuropatía diabética L.7734 y en tercer lugar la insuficiencia renal con gasto diario de L. 6574 y en cuarto lugar la neuropatía oftálmica con costo de L. 4442. (Nuñez Parada, 2014)

Se puede observar la diferencia por los distintos niveles de hospitales donde el HEU que es un Hospital Nacional, cuenta con más capacidad para resolver las demandas del paciente, a diferencia del Hospital San Isidro que se ubica en un departamento alejado y que cuenta con atención limitada y con poca capacidad resolutoria, los costos promedio diario en general es L.1793.00 equivalente a \$75 US, asumiendo el paciente o su familia los costos del manejo de la diabetes a partir de su propia economía, lo cual debe de ser objeto de otra investigación.

Es prioritario realizar estudios sobre evaluaciones económicas para la reducción de costos. Los responsables del diseño de las políticas públicas en los sistemas de salud deberán impulsar programas de amplia cobertura, con énfasis en la prevención de la DM, mediante el reforzamiento de la educación, mayor acceso a los servicios de salud, aumentar la calidad de la atención médica e integración de equipos multidisciplinarios tanto en el primer nivel de atención como en el segundo, enfocados a prevenir, identificar y tratar los factores de riesgo así como diagnosticar y tratar oportunamente las complicaciones. (Montiel-Jarquína, 2016)

VI.CONCLUSIONES

1. Los pacientes ingresados en el Hospital San Isidro de Tocoa Colón el más alto porcentaje correspondió al género femenino y la procedencia al municipio de Tocoa, con una edad más frecuente entre los 51 a 70 años y el de menor de 21 a 30 años.
2. Como primer y segundo diagnóstico de ingreso registrado fue Diabetes Mellitus Tipo II descompensada seguida del Pie Diabético y tercer diagnóstico la Hipertensión Arterial Crónica seguida Diabetes Mellitus II Controlada, Insuficiencia Renal Crónica y Diabetes Mellitus Controlada.
3. En los costos intrahospitalarios directos en atención, el principal gasto correspondió a la atención de enfermería, seguidos de la atención del Médico, los insumos utilizados, seguido de los exámenes de laboratorio.
4. Los medicamentos que se administraron que más costo generaron fueron los Antibióticos seguido de los protectores gástricos, anticoagulantes, analgésicos.

5. Los costos Quirúrgicos el mayor costo correspondió a las amputaciones de miembros seguido de las desbridaciones y las limpiezas

6. El costo diario promedio de hospitalización de un paciente diabético correspondió a L.1793.00 equivalente a &.75 US.

VII.RECOMENDACIONES

- A la Secretaria de Salud la divulgación de normas que permitan una atención a los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II, el diseño de políticas públicas para la prevención y control que disminuya la prevalencia e incidencia, un sistema de vigilancia Epidemiológica que se visualice y que permita caracterizar a nivel nacional los casos nuevos y sus complicaciones.
- A la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH) para que continúe con las investigaciones de las Enfermedades Crónicas y los costos que le generan al estado de Honduras.
- A la Secretaria de Salud que implemente un sistema de registro medico completo que permita hacer en el futuro investigaciones sobre la Diabetes Mellitus tipo II y otras enfermedades crónicas.

X.BIBLIOGRAFIAS

- 1.UNICEF. (2016). *Informe sobre equidad en salud 2016*. Ciudad de Panama : Unicef.
- 2.Arrea Baixench, C. (enero/marzo de 2013). Costo de la atencion medica y su relacion con los resultados y los valores para el paciente. *Acta Medica costarricense*, 55(1), 4-6.
- 3.Avalos Garcia, M. I., Lopez, R. C., Morales Garcia, M. H., Priego, H. R., Garrido Perez, S. M., & Cargill Foster, N. R. (Enero de 2017). Calidad en el control de la diabetes mellitus en unidades de atención primaria de México. Un estudio desde la perspectiva de la familia de los pacientes. *Atencion primaria*, 49, 21-27.
- 4.Banco mundial. (16 de Abril de 2018). *Honduras, Panorama Mundial*. Obtenido de Honduras, Panorama Mundial: www.bancomundial.org/es/country/honduras/overview
- 5.Blaser, M. (08 de Agosto de 2015). *Canal Diabetes*. (A. Ramirez, Productor) Obtenido de Canal Diabetes: www.canaldiabetes.com
- 6.Caetano, G., & de Armas, G. (30 de Marzo de 2014). Pobreza y desigualdad en America Latina. *El pais.com*, pág. Futuro contrapunto. Obtenido de https://elpais.com/elpais/2015/03/30/contrapuntos/1427738126_142773.html
- 7.Chuet-Missé, J. P. (22 de Julio de 2017). *Economia Digital*. Obtenido de La lucha Economica de las personas con Diabetes para vivir: www.economiadigital.es/politica-y-sociedad/la-lucha-economica-de-los-diabeticos-para-vivir_500691_102.html

8. Diario Libre. (Mayo de 07 de 2012). La Diabetes y su impacto en la economía. Santo Domingo, Republica Dominicana. Obtenido de [/www.diariolibre.com/revista/la-diabetes-y-su-impacto-en-la-economia](http://www.diariolibre.com/revista/la-diabetes-y-su-impacto-en-la-economia)
9. Diccionario de la lengua Española. (2014). *Diccionario de la lengua española | Edición del Tricentenario*. Obtenido de Diccionario de la lengua española | Edición del Tricentenario: <http://dle.rae.es/>
10. Dominguez Alonzo, E. (mayo-agosto de 2013). Desigualdades sociales y diabetes mellitus. (I. N. endocrinología, Ed.) *Revista Cubana de endocrinología*, 24(2), 200-213.
11. Dominguez, Y. (02 de Diciembre de 2015). *Diabetes Mellitus : Costo para la sociedad*. Obtenido de diabetesdescompensada.com/diabetes-mellitus-el-costo-para-la-sociedad
12. Donato, N. A. (11 de Octubre de 2016). *Derecho a la salud*. Obtenido de <http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/derecho-la-salud>
13. Economía Digital. (2017 de Noviembre de 2017). Recuperado el 29 de Noviembre de 2017, de Política y Sociedad: www.economiadigital.es/politica-y-sociedad/la-lucha-economica-de-los-diabeticos-para-vivir
14. Fajardo, G., Gutiérrez, J. P., & García Saisó, S. (Marzo - Abril de 2015). Acceso efectivo a los servicios de salud: Operacionalizando la cobertura Universal en salud. *Salud Pública de Mexico*, 57(2), 180-186.
15. Garcia Muñoz, M. (2010). *Federación Española de Asociaciones de Anticoagulantes*. Obtenido de Actualidad Científica: <http://news anticoagulados.info/n/260315/ac.html>
16. Garcia Ramirez, J. A., & Veliz Alvarez, C. (octubre de 2013). América Latina frente a los determinantes sociales de la salud. *Salud Pública*, 731-742.

17. Hart, W., & Collazo Herrera, M. (1998). Costos del Diagnóstico y tratamiento de la Diabetes Mellitus en diferentes países del mundo. (C. d. medicamentos, Ed.) *Revista Cubana de endocrinología*, 9(3), 212-220.
18. Hernández Santander, A. (2013). *Las desigualdades Sociales en Diabetes Mellitus, hipertensión arterial y obesidad en la población afrohondureñas y mestiza de la Ceiba, Honduras*. Guatemala: Universidad de San Carlos Guatemala.
19. Honduras en sus manos. (11 de Abril de 2016). *02 Departamento de colon*. Obtenido de <http://www.hondurasensusmanos.com/colon>
20. Honduras, R. (24 de Junio de 2018). *Departamento de Colon*. Obtenido de redhonduras.com/departamento-de-colon/
21. La Prensa. (09 de Marzo de 2016). Honduras, el país con mayor desigualdad en América Latina. *Honduras, el país con mayor desigualdad en América Latina*.
22. Mejía-Lancheros, C., Estruch, R., Martínez-González, M. A., Salas Salvado, J., Corella, D., Gómez-Gracia, E., . . . Muñoz, M. (2013). Nivel socioeconómico y desigualdades de salud en la prevención cardiovascular de la población española en edad avanzada. *Revista Española de cardiología*, 66(10), 803-811.
23. Ministerio de Salud Chile. (24 de septiembre de 2015). *Ministerio de Salud*. (G. d. Chile, Editor) Obtenido de Ministerio de Salud: <http://www.minsal.cl/determinantes-sociales-en-salud/>
24. Montiel-Jarquín, Á. J. (23 de Septiembre de 2016). Costes directos de atención médica del pie diabético. *Revista Chilena de Cirugía*. Obtenido de scielo.conicyt.cl/pdf/rchcir/v69n2/art05.pdf
25. Nuñez Parada, L. E. (2014). *Factores de riesgos conductuales y biológicos de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 complicados y su*

costo de acuerdo a sus complicaciones Hospital Escuela Universitario Honduras, Enero - Abril 2014. UNAH, Tegucigalpa M D C.

- 26.OMS. (2015). *Enfermedades no trasmisibles*. Washington: OMS.
- 27.OMS. (19 - 21 de Octubre de 2011). *Conferencia Mundial sobre determinantes sociales de la salud*. Rio de Janeiro: OMS.
- 28.OMS. (2016). *Informe Mundial sobre Diabetes*. Ginebra: Centro de prensa.
- 29.OMS. (2017). *Determinantes Sociales de la Salud*. Obtenido de Determinantes Sociales de la Salud:
http://www.who.int/social_determinants/es/
- 30.OMS. (2018). *Concepto de la salud* . Obtenido de de
<https://concepto.de/salud-segun-la-oms/>)
- 31.OMS/OPS. (2009). *Encuesta CAMDI inicia el proceso de vigilancia epidemiológica sobre diabetes*. Tegucigalpa, Honduras. Obtenido de www.paho.org/hon/index.php
- 32.ONU. (2011). *Desigualdad e Inclusion social en la Americas Segunda edicion*. San Jose, Costa Rica: Visiones de desarrollo e insercion global.
- 33.ONU. (2015). *Objetivos del Milenio*. New York: ONU. Obtenido de <http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015>
- 34.OPS. (Marzo de 2003). *Iniciativa Centroamericana de Diabetes (CAMDI)*. Obtenido de Encuesta de diabetes, hipertensión y factores de riesgo de enfermedades crónicas:
ENCUESTA%20DE%20DIABETES,%20HIPERTENSION%20Y%20FACTORES%20DE%20RIESGO
- 35.Organizacion Internacional del Trabajo. (10 de Febrero de 2014). *La desigualdad no es inevitable*. (S. Lee, Ed.) *Redaccion de la OIT noticias*.

36. Perner, M. S. (Mayo/agosto de 2014). Respuesta a la carta "la evidencia publicada las transformaciones en el abordaje de la Diabetes. *Salud Colectiva*, 10(21), 281-283.
37. PNUD. (2017). *Desarrollo Humano para todas las personas 2016*. Estocolmo: PNUD.
38. Ruiz Ramos, M., Escolar-Pujolar, A., Mayoral Sanchez, E., Corral-San Laureano, F., & Fernandez -Fernandez, I. (30 de 03 de 2006). La Diabetes Mellitus en España Mortalidad, prevalencia, incidencia, Costos Economicos, Desigualdades. *Gaceta Sanitaria*, 20(1), 15-24. Obtenido de www.doyma.es
39. Salas Zapata, L., Palacios Mejia, L. S., Aracena Genao, B., Hernandez Avila, J. E., & Nieto Lopez, E. S. (03 de Mayo-junio de 2016). Costos directos de las hospitalizaciones por diabetes mellitus en el Instituto Mexicano del Seguro. *Gaceta Sanitaria*, 209-215.
40. Sandin, M., Espelt, A., Escolar-Pujolar, A., Arriola, L., & Larrañaga, I. (20 de Junio de 2011). Avances en Diabetodología. 27(3), 78-87. Obtenido de Desigualdades de género y diabetes mellitus tipo 2: la importancia de la diferencia: Diabetes%20y%20genero
41. Shakil, A., Church, R., & Shobha, R. (09 de Julio de 2008). Complicaciones gastrointestinales de la diabetes. *Am Fam Physician*, 77(12), 1703-1704. Obtenido de www.intramed.net/contenido.asp
42. Sucrí, A. (22 de Febrero de 2018). La Prensa. *Cuando la Diabetes se complica*. Obtenido de www.laprensa.com.ar/449038-Cuando-la-diabetes-se-complica.note.aspx
43. UNICEF. (2012). *La distribución del ingreso en 141 Países*. New York: UNICEF.
44. UNICEF. (2012). *Políticas económica y social*. New York: UNICEF.org.

45. Vicente Sanchez, B., Rivas Alpizar, E., Zerquera Trujillo, G., Peraza Alejo, D., & Rosell Garcia, I. (Diciembre de 2012). Evaluación de la calidad de la atención al paciente diabético. *Revista Finlay*, 2(4), 252-264.
Obtenido de
<http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/75/1039>

XI.ANEXOS



Universidad Nacional Autónoma de Honduras

Facultad de Ciencias Médicas

Posgrado en Salud Pública

IX Promoción

VII Instrumento

COSTOS INTRAHOSPITALARIOS DIABETES MELLITUS 2

HOSPITAL SAN ISIDRO. TOCOA

UNAH/ POSAP/INCAP

N de expediente _____ Edad _____ Sexo _____

Procedencia _____

Diagnóstico de ingreso: 1.

2.

3.

Fecha de ingreso _____ Fecha de egreso _____ Total días

ingresado _____

I. Costos Atención Médica/Enfermería/otros:

Especialidad	N° días atendido	Costo atención/día	Costo total
Medica			
Medicina interna			
Cirugía			
Otras especialidades			
Médico general			
Sub Total			
Atención enfermería. Profesional			
Atención auxiliar enfermería			
Subtotal			
Otros Médico SS			
Sub total			
Total			

II. Exámenes de laboratorio

EXAMEN	N°	COSTO.UNITARIO	COSTO TOTAL
Glicemia			
Curva tolerancia G			
Hb glicosilada			
Colesterol LDL			
Colesterol HDL			
Colesterol Total			
BUN			
Creatinina			
Triglicéridos			
Hemograma			
Tipo y RH			
Gral. Orina			
TGO			
TGP			
Bilirrubina Total			
Bilirrubina Directa			
Bilirrubina Indirecta			
Otros			
Total			

III. Imágenes Diagnosticas

IMAGEN	N°	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
RX			
EKG			
Otros			
Total			

IV. Insumos

Insumo	N°	Costo unitario	Costo total
Gasas			
Guantes			
Esparadrapo			
Jeringa con aguja			
Algodón			
Antisépticos			
Catéter			
Gasas			
Micro goteros			

Venoclisis			
Sol. salina (L)			
Sol. Hartman (L)			
Sol. Glucosada (L)			
Tiras reactivas (u) Para Glucómetros			
Otro			
Total			

V. Medicamentos

Nombre Medicamento.	Presentación Unidades l, mg / Frasco, tableta, capsula	Nº unidades administradas	Costo unitario	Costo Total
Hipoglucemiantes				
Glibenclamida				
Metformina				
Insulina cristalina				

Insulina NPH				
Otros				
Antibióticos				
Penicilina				
Cefalosporinas				
Quinolonas				
Otros				
Analgésicos				
Acetaminofén				
Otros				
Metoclopramida				
Ranitina				

VI. Procedimientos Quirúrgicos y no quirúrgicos

Procedimiento	N°	Costo /procedimiento	Costo total
Amputación			
Desbridaciones y limpieza quirúrgica.			
Otros			
Total			

CARTERA DE SERVICIOS HOSPITAL SAN ISIDRO		
DESCRIPCION	CARACTERISTICAS	
1 MEDICINA INTERNA	1	Consulta Externa Especializada.
	2	Atención de Pacientes en la Emergencia.
	3	Atención de Usuarios Referidos del Primer Nivel de Atención, que Ameritan Evaluación Especializa.
	4	Atención de Usuarios Referidos a un Nivel de Mayor Solución, que Ameritan Evaluación Sub-Especializada.
	5	Evaluaciones Cardiológicas Preoperatorias de Pacientes Ambulatorios y Hospitalizados.
	6	Atención de Interconsultas a Pacientes Hospitalizados de Otros Servicios.
	7	Realización de EKG (Pacientes Ambulatorios y Hospitalizados).
	8	Lectura e Interpretaciones de Electrocardiogramas a Pacientes Ambulatorios y Hospitalizados.
	9	Hospitalización de pacientes con patología crónica descompensada
	10	Evaluación de Pacientes en Observación y Emergencia.
	11	Realización de Procedimientos Especiales, Ejemplo: Colocación de Sondas Nasogástricas y Vesicales, Curaciones (Ver Anexo, Definición de Servicios por Hospital).
	12	Consejería, educación y promoción sobre prevención de enfermedades relacionadas
2 CIRUGIA GENERAL	1	Atención en Consulta Externa Especializada.
	2	Atención en emergencia de pacientes con patología quirúrgica y trauma en general
	3	Atención de Usuarios Referidos del Primer Nivel de Atención, que Ameritan Evaluación Especializada.
	4	Atención de Usuarios Referidos a un Nivel de Mayor Resolución, que Ameritan Evaluación Sub-especializada.
	5	Atención de Interconsultas a Pacientes en la Emergencia y en la Hospitalización.
	6	Hospitalización de pacientes con patología quirúrgica aguda y crónica (CCC, pie diabético etc.)
	7	Evaluación de Pacientes en Observación y Emergencia.
	8	Realización de Cirugías Mayores.(Colecistectomía, hermiorrafia, circuncion cirugías abdominales)

	9	Realización de Cirugías Menores en la Sala de Hospitalización.
	10	Realización de Procedimientos Especiales, Ejemplo: Colocación de Sondas Nasogástricas y vesicales, curaciones
	11	Consejería, educación promoción sobre prevención de enfermedades relacionadas
3 PEDIATRIA	1	Diagnóstico y tratamiento de patología quirúrgica
	2	Control y seguimiento del paciente post-quirúrgico
	3	Atención y realización de procedimientos quirúrgicos de urgencia (Apendicitis aguda, traumatismos abiertos, traumatismos cerrados, HPF, Heridas por arma blanca, heridas penetrantes, extracción de cuerpos extraños etc.).
	4	Programación y realización de procedimientos quirúrgicos electivos (Hernioplastias, herniorafia, colecistectomía extirpación de quistes, hidrocele testicular, testículo no descendido, fimosis, masa en cuello etc.)
	5	Interconsulta para evaluación de pacientes pediátricos ginecológicos y de medicina interna con patología quirúrgica.
	6	Atención a Pacientes Pediátricos con Enfermedades que Requieren Consulta Externa Especializada. (Emergencia, Observación y Hospitalización).
	7	Atención de Usuarios Referidos del Primer Nivel de Atención, que Ameritan Evaluación Especializada.
	8	Atención de Usuarios Referidos a un Nivel de Mayor Resolución, que Ameritan Evaluación Sub-especializada.
	9	Atención de Terapia Respiratoria en los Servicios de C.E, Emergencia y Hospitalización. (Se Realiza en Nivel Bajo y en Cada Cama por Paciente).
	10	Atención de Hidratación Oral en los Servicios de C.E, Emergencia y Hospitalización. (Se Realiza en Nivel Bajo y en Cada Cama por Paciente).
	11	Realización de Procedimientos Especiales, Ejemplo: Colocación de Sondas Nasogástricas y vesicales, curaciones
	12	Atención de Pacientes con Quemaduras.
	13	Educación de la Salud Según su Enfermedad, Rehabilitación y Curación Según Ciclo de Vida Incluida en el CGP.
4 NEONATO	1	Atención de Emergencia Neonatales.
	2	Atención de Neonatos Complicados. Referidos a un nivel de mayor Resolución, que ameritan Evaluación Sub-Especializada.

	3	Manejo Hospitalario de las Complicaciones Neonatales.
	4	Realización de Procedimientos Especiales, Ejemplo: Colocación de Sondas Nasogástricas y vesicales, curaciones, venodisección y onfaloclisia
	5	Consulta Externa del RN para control de primera cita y seguimiento de casos
	6	Internamiento de paciente RN y neonatal grave
	7	Atención por emergencia de RN y neonato grave
	8	Evaluación pediátrica para referencia a hospitales de mayor complejidad de RN y neonato en estado crítico
	9	Servicio de ambulancia y acompañamiento médico y/o enfermería para paciente del RN grave
5 GINEOBSTETRICIA	1	Atención a Pacientes Embarazadas y con Complicaciones y Enfermedades Ginecológicas en la Consulta Externa Especializada.
	2	Evaluación de Pacientes en Observación y Emergencia.
	3	Atención de Usuaris Referidas del Primer Nivel de Atención, que ameritan Evaluación Especializada.
	4	Atención de Usuarios Referidos a un Nivel de Mayor Resolución, que ameritan Evaluación Sub-especializada.
	5	Atención de Interconsultas a Pacientes Hospitalizados de Otros Servicios.
	6	Atención a Pacientes Hospitalizados.
	7	Realización de Cirugías Mayores.
	8	Realización de Procedimiento Quirúrgicos Especiales toracotomías y desbridamiento pie diabético.
	9	Atención de Parto Normal.
	10	Realización de Ultrasonido Obstétrico.
	11	Realización de Procedimientos Especiales, Ejemplo: Colocación de Sondas Nasogástricas y vesicales, curaciones (Ver Anexo, Definición de Servicios por Hospital).
	12	Educación de la Salud Según Enfermedades, Rehabilitación y Curación Según Ciclo de Vida Incluida en el CGP.
	13	Clínica de Atención a la Mujer.
	14	Atención Médica a Mujeres Embarazadas e Infechadas por VIH.
6 SALA DE	1	Valoraciones Pre anestésicas.

OPERACIONES Y ANESTESIA	2	Aplicación de Anestesia Previa Cirugía Pediátrica y Adulto.
	3	Reanimación Cardiopulmonar.
	4	Valoración Post-Operatoria en Recuperación.
	5	Proloterapia y Manejo de Dolor.
	6	Realización de Cirugías Mayores.
	7	Realización de Procedimientos Especiales, Ejemplo: Colocación de Sondas Nasogástricas y vesicales, curaciones (Ver Anexo, Definición de Servicios por Hospital).
	7 CAI	1
2		Atención de Enfermedades Oportunistas para Pacientes Coinfectados.
3		Atención Médica a Mujeres Embarazadas e Infechadas por VIH.
4		Visitar a Pacientes VIH Ingresadas en el Hospital San Isidro.
5		Atención Médica a Hijos de Madres VIH o Perinatalmente Expuesto.
6		Atención al Paciente Hospitalizado.
7		Atención de Interconsultas a Pacientes Hospitalizados.
8		Atención de Pacientes Remitidos por el Ministerio Publico, Autoridades de Educación y Salud por Historia de Abuso Sexual y Ofrecer Tratamiento Profiláctico Contra el VIH.
9		Atención Médica Pediátrica a la Población Infantil Infechada por VIH.
10		Consejería Pre y Post Prueba para Realizar Serología por VIH.
11		Consejería de Seguimiento de los Pacientes Atendidos Diariamente por Parte del Médico Responsable dl CAI.
12		Atención y Dispensación de Medicamentos Antirretrovirales y para Infecciones Oportunistas, de la Población Infechada, por Parte Médico Responsable del CAI.
13		Entrega de fórmulas a los recién nacidos a hijos de madres VIH+.
8 ODONTOLOGIA	1	Atención de Consulta Externa.
	3	Atención de Pacientes de la Emergencia.
	4	Atención de Usuarios Referidos a un Nivel de Mayor Resolución.

	6	Atención Médica a Mujeres Embarazadas e Infechadas por VIH.	
	7	Atención de Interconsultas a Pacientes Hospitalizados de Otros Servicios.	
	8	Atención al Servicio de Rayos X,	
	9	Realización de Procedimientos Especiales.	
	10	Realización de Cirugías.	
	11	Obturaciones con resina foto curable.	
	12	Limpieza dentales (Profilaxis dental)	
	13	Extracciones, sencillas y complicadas.	
	14	Drenaje de abscesos (Resolución procesos inf)	
	15	Exodoncias	
	16	Evaluación, diagnóstico y tratamiento de patología bucal	
	17	Consejería, promoción y prevención con enfermedades relacionadas.	
	9	SERVICIOS DE APOYO	1
2			Farmacia.
3			Rayos X e Imagenología.
4			Nutrición.
5			Hogar Materno.
10	SERVICIOS GENERALES	1	Transporte para Traslado de Pacientes a un Nivel de Mayor Complejidad.
		2	Morgue.
		3	Lavandería y Costurería.
		4	Higiene
11	DOCENCIA	1	Charla Educativa a Usuarios, Coordinación con Inst. Educativos.
		2	Charla Preventivas Apoyo a los Programas de Hospitales.
12	UAU	1	Recepción de Reclamos y Quejas.
		2	Buzón de Quejas.

13	PSICOLOGIA	1	Orientación al Usuario para Recibir sus Servicios.
		2	Atención en Consulta Externa.
		3	Manejo del Paciente en Crisis.
		4	Test Psicométricos
14	T. SOCIAL	1	Estudios Socioeconómicos
		2	Gestión de Pacientes (Traslados, Exentos etc.)
		3	Consejería VIH.
		4	Apoyo a los Programas de Hospitales.
15	CONSULTA EXTERNA	1	consulta externa general
		2	Atención al Adolescente
		3	Atención prenatal
		4	Atención psicológica
		5	Atención a pacientes con HIV (CAI)
		6	Atención a pacientes con enfermedades crónicas (control de diabético e HTA)
		7	Atención al paciente con TB
		8	Trabajo social
		9	Realización de cirugías menores
		10	Odontología
		11	Inyecciones y curaciones
		12	Planificación familiar
		13	Programa ampliado de inmunizaciones

Tomado de POA Hospital San Isidro 2016.

Costos de Atención Médica y de Enfermería

Total Costos Atención Médica 1,116,924

Total Costos Atención Enfermería 2,106,106

Costos de los Medicamentos Administrados

N	MEDICAMENTO	CANTIDAD (LEMPIRAS)
1	Total Hipoglucemiantes (insulina cristalina y NPH)	1848
2	Total Antibióticos	47865
3	Total Analgésicos	7570
4	Total Protector Gástrico	39880
5	Total Diuréticos	2527
6	Total Vitaminas	12
7	Total Lipolipimiente	238
8	Total Antihipertensivos	2420
9	Total Antiaginoso	163
10	Total Broncodilatador	928
11	Total Esteroides	456
12	Total Antihelmíntico	105
13	Total Antimicótico	55
14	Total Anticoagulante	8954
15	Total Laxante	220
16	Total Digitalizador	250
17	Total Aminas	8
18	Total Antihemorrágico	46
19	Total Antipsicótico	43
	TOTAL	L. 113.591

Costos suministrados por la administración del Hospital San Isidro.

Costos de Amputación y desbridaciones

Total Amputación	40041
Total Desbridaciones y Limpieza Quirúrgica	24450,25

Costos Diarios de Pacientes

	CANTIDAD PACIENTES	COSTOS DE ATENCIÓN MÉDICA Y ENFERMERÍA	EXAMENES DE LABORATORIO	IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	COMPONENTES SANGUÍNEOS	INSUMOS	PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y NO QUIRÚRGICOS	MEDICAMENTOS
CANTIDAD PACIENTES MELLITUS II DESCOMPENSADO	36	1.030.296,00	5.810,00	1.940,00	9.928,46	38.621,57	0	73.513,26
PIE DIABÉTICO	21	829400,59	3.805,00	1.760,00	0,00	26.849,00	0	43.992,14
AMPUTACIONES EN PACIENTES DIABÉTICOS	8	476894,00	1.510,00	615,00	4.221,00	13.862,49	64.491,25	29.364,74

Dividido por los días estancias de las personas ingresadas según la enfermedad

Costos Totales de los Pacientes

COSTOS	Lempiras	Dólares
Atención medica	3223029,59	137.736,31
Exámenes de laboratorio	11245	480,56
Total imágenes diagnósticas	3550	151,71
Total componentes sanguíneos	13918,46	594,81
Total insumos	65962,43	2.818,91
Medicamentos	113590,87	4.854,31
Procedimientos quirúrgicos	64491,25	2.756,04
Total	L. 3.495.787,60	\$149.392,63