

Los programas públicos para el tratamiento de enfermedades infantiles en el tercer nivel de atención 2000-2007

Raquel Ramírez Villegas y Carolina Tetelboin Henrion

Maestría en Medicina Social, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México.

Raquel Ramírez Villegas

Maestría en Medicina Social

Universidad Autónoma Metropolitana unidad Xochimilco

Calzada del Hueso #1100 Col. Villa Quietud

C.P. 04960, delegación Coyoacán

México Distrito Federal

E-mail: rvraquel@yahoo.com

Palabras clave: Seguro Popular de salud, atención pediátrica, tercer nivel de atención, selectividad y focalización.

Resumen

En la población infantil mexicana existen enfermedades que requieren manejo de tercer nivel de atención cuyo tratamiento es otorgado sin costo sólo en ciertos casos definidos por el Seguro Popular de Salud que maneja la atención para la población pobre y sin seguridad social, esto representa un cambio en las lógicas de operación como son la selectividad y la focalización en hospitales públicos por lo que la presente investigación se enfoca hacia el conocimiento de los factores económicos, políticos e institucionales que determinan la inclusión/exclusión de los pacientes pediátricos.

Resumo

Na população infantil mexicana existem doenças que demandam o manejo de terceiro nível de atenção, o qual não tem custo, só casos definidos pelo Seguro Popular de Saúde, que maneja a atenção para a população pobre e que não tem segurança social, isto representa uma troca nas lógicas de operação como são: a seletividade e a focalização nos hospitais públicos, pelo que a pesquisa enfoca-se ao conhecimento dos fatores econômicos, políticos e institucional o que determina a inclusão/exclusão dos pacientes pediátricos.

Introducción:

La ponencia que se presenta a continuación es un breve resumen de una investigación que se realiza para obtener el grado de Maestría en Medicina Social en la Universidad Autónoma Metropolitana en la Ciudad de México. Surge a partir de la inquietud de

profundizar en el estudio del sistema de salud mexicano ante el cambio drástico de las políticas sociales y de salud que se han venido dando desde la década de los ochentas y con modificaciones sustanciales desde del año 2000 a partir de un cambio de régimen político previsionista-autoritario que gobernó nuestro país durante 70 años a un gobierno de derecha que ha agudizado la instauración del neoliberalismo como ideología determinante de las políticas públicas, profundizando aún más las desigualdades e inequidades en el entorno laboral y social así como en el perfil de los procesos de salud-enfermedad y la segmentación gradual en la infraestructura y acceso a los servicios de salud y seguridad social. Los avances de investigación que se presentan tienen como objetivo conocer en el caso específico de México tomando como eje la atención para la población infantil en el tercer nivel a atención a la salud, es decir cómo se materializan las nuevas políticas sanitarias basadas en criterios de selectividad de pacientes según su diagnóstico y en base al costo-beneficio en el sistema público de salud.

Contexto Latinoamericano:

Desde hace dos décadas los sistemas de salud latinoamericanos se encuentran en un proceso de reformas que son producto de la reestructuración internacional que el capital, la producción y el trabajo provocan en cada uno de los países, consecuencia de la redefinición de las estrategias económicas a nivel internacional y que traen como resultado un proceso de adaptación del Estado que ante las necesidades del capital reduce su papel como promotor del desarrollo cuya legitimidad pasa de concentrarse en el pacto social a centrar su función como regulador del equilibrio económico, en el que el mercado externo y la libre circulación del capital constituyen los principales objetivos del desarrollo nacional,(26) todo este nuevo entorno mundial genera cambios económicos, sociales y demográficos, así como nuevas necesidades y demandas de salud y bienestar social a las cuales las instituciones con su estructura tradicional no pueden dar respuesta.(1) En lo que respecta a la conformación de los sistemas y políticas de salud la finalidad de cualquier sistema debería de contribuir a la mejora constante de la salud de la población, contando para ello con los recursos necesarios para afrontar los problemas y necesidades reales de salud y contribuyendo de esta manera a poder brindar un aumento en la calidad y la esperanza de vida. (28) Aunque cada país organiza su sistema de salud de forma diferente en función de sus características y de los propósitos de los gobiernos, los programas derivados de los Planes Nacionales de Salud giran en torno a ampliar la cobertura de la atención, elevar la calidad en la prestación de los servicios de salud; favorecer la equidad atendiendo a la población pobre y enfrentar sobre todo a las enfermedades que por su magnitud y trascendencia se constituyen en problemas de salud pública. (18,21)

El caso México:

En lo que respecta a este, cabe mencionar que nuestro país ha experimentado numerosos cambios socioeconómicos cuyas modificaciones impactan de forma directa al entorno social y al sistema de salud modificando los perfiles de enfermedad y muerte relacionados con las condiciones de vida y trabajo de distintas zonas, factores que influyen en las instituciones de salud obligando a éstas a reestructurarse hacia otros núcleos de población, así como la búsqueda de una mayor eficiencia en los servicios, racionalización de los recursos y descentralización progresiva de los servicios de salud hacia los estados. Todo esto en un marco de reformas posteriores a un momento de crisis económica, como fue la de 1983 donde se comienza la reconfiguración de un nuevo

modelo sanitario y otorgando facultades a la Secretaría de Salud para la descentralización de los servicios (13,15) disminuyendo el papel del Estado en la conducción del desarrollo económico y social, representando también un cambio ideológico en la elaboración de las políticas de salud, que se centró principalmente en la atención curativa sobre la prevención, sin embargo es hasta 1988 cuando se asumen por completo cambios en la política social como la reducción del Producto Interno Bruto en el gasto público destinado a la salud, así como la racionalización de los recursos y mercantilización de los derechos sociales como salud y educación focalizando la atención a la población pobre a través de “paquetes básicos” de intervenciones limitadas en salud enfocadas principalmente a la atención de primer nivel, en lo que respecta a la atención a la población infantil se incluyen los programas de vacunación, prevención y tratamiento en el hogar de enfermedades diarreicas así como de infecciones respiratorias, (2) teniendo acceso quienes requieren de manejo de tercer nivel a los hospitales pediátricos de seguridad social en el caso de los hijos de los trabajadores afiliados a los sistemas de seguridad social y hospitales pediátricos públicos para la población sin seguridad social.

El siguiente cambio significativo sucede en 1997 con la Reforma a la Ley de pensiones y la reorganización de los servicios que atienden a la población no derechohabiente, contenidas en las propuestas del sector salud 1995-2000 (12) que apoya la descentralización de los servicios de salud y la implementación de un paquete de servicios básicos para la población no afiliada recuperando la visión de la atención primaria selectiva impulsada por el Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo que plantea reorientar los recursos hacia las intervenciones que cuestan poco y que tienen alto impacto para disminuir la mortalidad, de modo que las medidas de salud pública y de servicios clínicos esenciales son dirigidos fundamentalmente a la población pobre sin representar incrementos importantes del gasto público en salud,(18) por ejemplo el tratamiento de enfermedades comunes de la población infantil se da a través de programas de vacunación universal, prevención y control de infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas, así como control de la nutrición, crecimiento y desarrollo de menores de 5 años.(19,22)

La Reforma de Salud más reciente de 2003 está fuertemente influida por los preceptos del Banco Mundial incluidos en la Agenda Integral de Desarrollo para la Nueva Era donde se propone la definición de paquetes de salud definidos con atención costo-efectiva, instituciones reguladas que puedan comprar los servicios de prestadores públicos o privados, así como mecanismos para asegurar el acceso a servicios del segundo o tercer nivel que rebasen lo ofrecido en el paquete esencial de salud y un mercado de servicios médicos al que se puede acceder voluntariamente, por lo que el Programa Nacional de Salud Mexicano 2001-2006, identificó como retos la falta de equidad, calidad de los servicios y protección financiera, (6,22) señalando que uno de los principales problemas son los gastos que ocasiona la atención médica; de ahí que este “busca” la “democratización en salud” lo que implica generar las condiciones para facilitar el acceso a los servicios a toda la población, independientemente de su situación económica o lugar de residencia.(23) Esta propuesta tiene como uno de sus ejes centrales la reestructuración financiera del sector salud, cuyo gasto público se considera uno de los más bajos de América Latina (2.6% del PIB en el 2000),(7,24) bajo los argumentos de evitar el gasto de bolsillo en el momento de enfermar y proteger contra los “gastos catastróficos” a las familias pobres.(5,24)

PORCENTAJE DEL PIB DESTINADO A SALUD

AÑO	% PIB	PUBLICO	PRIVADO
2000	5.6%	2.6%	3.0%
2001	6.0%	2.7%	3.3%
2002	6.2%	2.7%	3.5%
2003	6.3%	2.8%	3.5%
2004	6.4%	3.0%	3.5%
2005	N/D	3.0%	N/D

Fuente: Sistema Nacional de Cuentas en Salud, SINAIS, 2006.

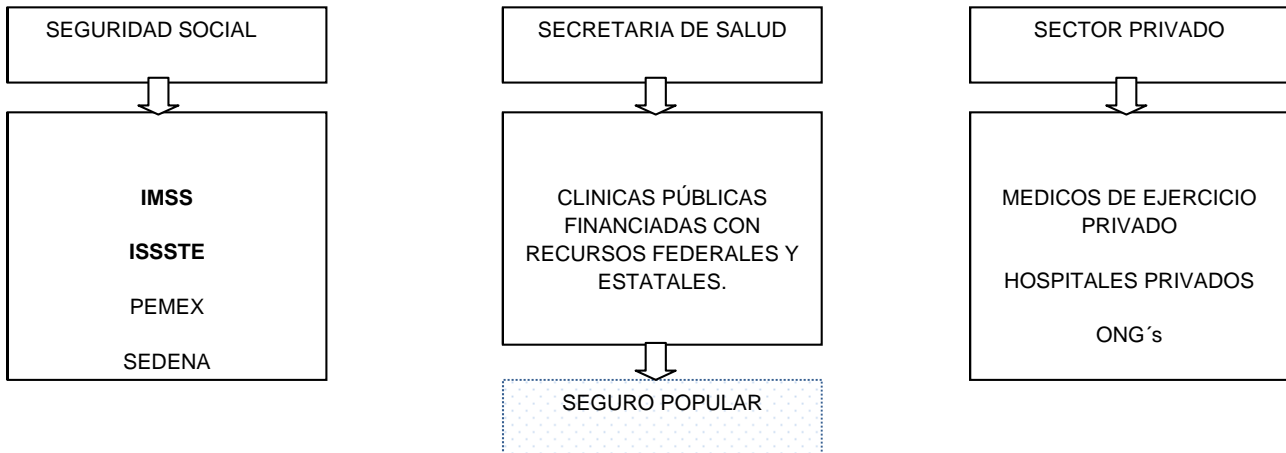
El caso de la población infantil:

Actualmente, la situación de salud en México se caracteriza por un predominio creciente de enfermedades infecciosas, padecimientos relacionados a la reproducción y la mala nutrición y enfermedades no transmisibles relacionadas con la creciente industrialización y desigualdad social que son más costosas y difíciles de tratar, como es el caso de las enfermedades que requieren manejo de tercer nivel de atención en la población infantil. En el caso de las enfermedades oncológicas las Leucemias constituyen la segunda causa de muerte en la población de edad escolar (3) (5-14 años) con una mortalidad de 602 defunciones al año por cada 100,000 habitantes,(21,25) mientras que las malformaciones congénitas ocupan el segundo lugar en población de 0 a 4 años, (42.8% en 2001) al igual que la influenza y neumonía que también se encuentran dentro de las primeras 5 causas de mortalidad infantil en ambos grupos de edad.(10) Ante este panorama, las instituciones de salud no han logrado cubrir las demandas que plantea esta situación de polarización epidemiológica y regresión sanitaria.

El Seguro Popular de Salud:

En 2001 se inicia el programa piloto del Seguro Popular de Salud, implementándose formalmente a partir del 2003, una vez aprobadas las reformas a la Ley General de Salud y dando paso a la creación del Sistema de Protección Social en Salud, mejor conocido como Seguro Popular, que pretende cubrir las necesidades básicas de tratamiento y curación para la población abierta, así como brindar protección financiera a todos los mexicanos, ofreciendo una opción de aseguramiento público en materia de salud a familias y ciudadanos que por su condición laboral no son derechohabientes de la seguridad social.(3) De este modo el Estado considera al Seguro Popular como el instrumento de financiamiento justo que brindará protección médica al 48% de la población, teniendo como meta el año 2010 para establecer el seguro público universal de salud, que se sumaría como sistema complementario al otorgado por el IMSS e ISSSTE.(5)

SISTEMA DE ATENCIÓN MÉDICA DE MÉXICO:



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del Plan Nacional de Salud 2001-2006.

El Sistema de Protección Social en Salud clasifica sus servicios en “esenciales” y “de alto costo”, estos últimos otorgan cobertura para el tratamiento de patologías específicas que por su naturaleza requieren manejo de tercer nivel de atención y cuyo tratamiento a nivel federal para la población pediátrica se otorga en hospitales administrados por el Estado certificados por el Seguro Popular, e Institutos Nacionales de Salud (Instituto Nacional de Pediatría) y son financiados con recursos federales, estatales y cuotas de los afiliados, determinado en gran medida por el número de derechohabientes y orientado por la demanda.(2) En enero del 2005, por decreto presidencial se crea el Consejo Nacional para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia como un órgano consultivo e institucional permanente de coordinación y concentración de las acciones de los sectores públicos, sociales y privados en materia de investigación, prevención, diagnóstico y tratamiento integral del cáncer el población menor de 18 años por lo que a la par se decidió ampliar la cobertura para el tratamiento de “enfermedades de alto costo” incluyendo en esta la Leucemia Linfoblástica Aguda en la población infantil, excluyendo otras patologías que requieren tratamiento de alta especialidad, como las malformaciones congénitas, entre otras. A partir de 2007 comienza la incorporación gradual de cobertura para otras patologías oncológicas de la infancia, sin embargo, estos criterios de selectividad dejan fuera a parte de la población infantil que también requiere tratamiento de alto costo en el tercer nivel. (23)

Finalidad de la investigación:

Con todo esto se inicia un cambio muy importante en la forma de atención hacia la población abierta, ya que al interior de su estructura orgánica como Secretaría de Salud, se crea un nuevo orden, con presupuesto independiente pero bajo la misma infraestructura, para cumplir mejor las funciones que anteriormente no se cumplían en su totalidad como el otorgar atención a enfermedades producto del subdesarrollo y del crecimiento social y urbano, así como la heterogeneidad en los niveles de calidad y la falta de protección financiera a la población infantil pobre.

El periodo que hemos seleccionado son los años comprendidos del 2000 al 2007, con especial énfasis en el sub-periodo que respecta a 2005-2007 dado que es el periodo que

se centra en el cambio a la atención infantil en el tercer nivel de atención a la salud, se plantean nuevas propuestas para el sistema público de salud. Además de las tareas de la Secretaría de Salud en la prestación de servicios, en 2001 a partir de las reformas planteadas en el PNS y aprobadas por el Congreso Federal en 2003 en la Ley General de Salud, se crea el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), para satisfacer las necesidades de salud de las personas que no cuentan con cobertura de seguridad social, es decir que están fuera del mercado laboral formal y trabajadores no asalariados (45% de la población). (27)

Por lo anterior en esta investigación nos planteamos entender porque el Estado mexicano se propone cambiar la lógica de su operación, para lo cual estudiaremos los planteamientos que se realizan de manera oficial, sus propuestas, el financiamiento y la aplicación a la población infantil, así como la percepción de los cambios tanto para los pacientes afiliados y no afiliados como para el personal de salud que participa en el proceso de atención específicamente para el caso de las enfermedades que requieren tratamiento en el tercer nivel de atención en dos hospitales públicos como son el Hospital Infantil de México Federico Gómez y del Instituto Nacional de Pediatría. De estas pondremos especial atención en las enfermedades oncológicas dado que son un ejemplo claro de los criterios de selectividad de la atención médica aunque para mayor referencia y un mejor panorama de la situación revisaremos en lo general a aquellas cuyo impacto financiero es similar a las enfermedades oncológicas y que son excluidas bajo estos criterios de selectividad de la atención durante el periodo a analizar.

Así mismo también pretendemos investigar cuales son los requisitos de los programas y sus criterios de selectividad, los costos, y las diferencias entre la atención, dentro de la misma Secretaría de Salud entre los beneficiados y no beneficiados por el Sistema de Protección Social en Salud.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Arreola, Angelina. *México dentro de las reformas a los sistemas de salud y seguridad social de América Latina*, México, Editorial UNAM-siglo XXI, 2002, 203p.
2. Avila Cisneros y cols. *Historia de la Pediatría en México*. México, Fondo de Cultura Económica; 1997.
3. Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, *Programa de Seguro Popular*. Cámara de diputados, LIX Legislatura, México, 2005, 86p.
4. Fajardo Gutiérrez. *Mortalidad por cáncer en niños*. En: Boletín Médico del Hospital Infantil de México. 2005; 62 (1): 1-3.
5. Gakidou Emmanuela et al: *Evaluación del Impacto de la Reforma Mexicana de Salud 2001-2006: un informe inicial*. En: Salud Pública de México, 2007. 49 (1): s43-s52.
6. Gobierno de la República, *Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006*. México, Gobierno Federal; 2001.
7. Gobierno de la República. *Primer informe de Gobierno, Vicente Fox Quesada*. México, Gobierno Federal; 2001.
8. Gobierno de la República. *Programa Nacional de Población 2001-2006: Informe de Ejecución 2005-2006*. México; 2007.
9. Gobierno Federal. *Informe de Ejecución 2005-2006*. Programa Nacional de Población 2001-2006. México; 2007.

10. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) [Documento en internet] *Tablas de mortalidad infantil 2001*. [fecha de acceso octubre 2007]. Disponible en www.inegi.gob.mx
11. Jorge Koifman Rosalina. *Instituciones de Salud en México, su coordinación* [Tesis de Maestría en Medicina Social], México; Universidad Autónoma Metropolitana; 1985.
12. *La Reforma de Salud en México: antecedentes y contenidos*. En: Gómez Dantés (ed). *Siete perspectivas del Seguro Popular de Salud*, Cuadernos de Salud Pública, Instituto Nacional de Salud Pública, México, 2005. 54p.
13. Laurell Asa Cristina. *La reforma contra la salud y la seguridad social*. México, Edit. Fundación Friedrich Ebert-ERA; 1997. 122p.
14. Laurell Asa Cristina. *La reforma del Estado y la política social en México*. En: Revista Nueva Sociedad, 164 (6), Caracas; 1999:146-158.
15. López Arellano, Blanco Gil. *Políticas de salud en México. La reestructuración neoliberal*. En: Jarillo Edgar y Guinsberg Enrique (ed.), *Temas y desafíos en Salud Colectiva*, Buenos Aires: Edit. Lugar. 2007:21-48.
16. López Oliva, Blanco José. *La modernización neoliberal en salud. México en los ochenta*. México: UAM, 1993:145p.
17. López Oliva, Blanco José. *La polarización de la política de salud en México*. En: Cuadernos de Saúde Pública, Río de Janeiro, Brasil. 17(1), 2001.43-54.
18. Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo 2000, mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra, Suiza: OMS, 2000: XVI.
19. Programa Nacional de Salud 2001-2006. *Programa de Acción para la Infancia*. México, Secretaría de Salud, 2007:2-55.
20. Rivera Luna. *El niño con cáncer*. México. Academia Nacional de Medicina-TEVA, 2007.
21. Rizo-Ríos y cols. *Mortalidad por leucemias en menores de 20 años: México 1998-2002*. En: Boletín Médico del Hospital Infantil de México. México, 62(1), 2005:9-18.
22. Secretaría de Salud. *Plan Nacional de Salud 2001-2006*. México; 2007.
23. Secretaría de Salud. *Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Seguro Popular de Salud*. Diario Oficial de la Federación [fecha de consulta, 4 de julio 2003]
24. Sesma-Vázquez et al. *Gastos catastróficos por motivos de salud en México: magnitud, distribución y determinantes*. En: Revista Salud Pública de México, 47 (1). 2005: s37-s46.
25. Sistema Nacional de Información en Salud, [documento en internet] Secretaría de Salud. México. [fecha de acceso octubre 2007]. Disponible en: www.sinais.gob.mx
26. Tetelboin Carolina. *Políticas y reformas a los sistemas de salud en América Latina*. En: Jarillo Edgar y Guinsberg Enrique (ed.), *Temas y desafíos en Salud Colectiva*, Buenos Aires: Edit. Lugar. 2007:49-77.
27. _____ y Contreras Georgina. *Rasgos y Características del Seguro Popular de Salud como mecanismo de protección en salud y sus efectos en los Centros de Salud Comunitarios de la Secretaría de Salud del Estado de México*. En: Trabajo y reestructuración: Los retos del Nuevo Siglo, V Congreso AMET, México, 2006:1-16
28. Vázquez María Luisa. *Equidad y reformas de los sistemas de salud de Latinoamérica*. En: Revista de Salud Pública. Brasil. 18(4); 2002: 1-11.