

XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires, 2009.

# **Los programas públicos para el tratamiento de enfermedades infantiles. En el tercer nivel de atención 2000-2009.**

Raquel Ramírez Villegas y Carolina Tetelboin Henrion.

Cita:

Raquel Ramírez Villegas y Carolina Tetelboin Henrion (2009). *Los programas públicos para el tratamiento de enfermedades infantiles. En el tercer nivel de atención 2000-2009. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-062/1500>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

# **Los programas públicos para el tratamiento de enfermedades infantiles**

**En el tercer nivel de atención 2000-2009**

***Raquel Ramírez Villegas***

***Universidad Autónoma Metropolitana unidad Xochimilco***

***rvraquel@yahoo.com.mx***

***Carolina Tetelboin Henrion***

***Universidad Autónoma Metropolitana unidad Xochimilco***

***ctetelbo@correo.xoc.uam.mx***

## **Introducción:**

La ponencia que se presenta a continuación es parte de una investigación de posgrado en México. Surge a partir de la inquietud de profundizar los efectos de las políticas de salud del sistema de salud mexicano ante los cambios que se han venido dando desde la década de los ochentas, específicamente desde del año 2000, a partir del cambio de un régimen político que gobernó el país durante los últimos 70 años, a uno de derecha que mantuvo y profundizó la aplicación de políticas neoliberales, haciendo más evidentes las desigualdades e inequidades en el entorno laboral y social, agudizadas actualmente por la crisis del capital financiero, así como 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. Esta situación trae como resultado un proceso de adaptación del Estado ante las necesidades del capital, reduciendo su papel como promotor del desarrollo y pasando de una legitimidad basada en el pacto social, a una basada en el individualismo y el prestigio, todos valores impuestos por las lógicas del mercado. Su función se centra en la regulación del equilibrio económico, en el que el mercado externo y la libre circulación del capital constituyen los principales objetivos del desarrollo nacional, (Tetelboin, 2007) 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 y a las que deben adaptarse. (Arreola, 1997)

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. (Vázquez, 2002) 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. (OMS, 2000; Rizo Ríos, 2002)

### **Los antecedentes de la Reforma de Salud en México:**

En lo que respecta a nuestro país, cabe mencionar que México 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 comenzó la reconfiguración de un nuevo modelo

sanitario y se otorgaron facultades a la Secretaría de Salud para la descentralización de los servicios (Laurell, 1997; López y Blanco, 1995) 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 (Ávila et al, 1997).

En lo correspondiente a las instituciones encargadas de la atención médica quienes requieren de manejo de tercer nivel a los hospitales pediátricos en el caso de los hijos de los afiliados, tienen acceso al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) e Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), mientras aquellos que no cuentan con la prestación tienen acceso a los hospitales públicos de la Secretaría de Salud.

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 (Gómez-Dantés, 2005). Esta apoya la descentralización de los servicios de salud así como el transpaso de los fondos de pensiones hacia sistemas de administración privados. En lo correspondiente a la atención médica, se da paso a la implementación de un paquete de servicios básicos para la población no afiliada a ningún sistema de seguridad social, recuperando la visión de la atención primaria selectiva impulsada una vez más por el Banco Mundial y el 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,(OMS, 2000). Un ejemplo es 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.(Programa Nacional de Salud 2001-2006; Plan Nacional de Salud 2001-2006)

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. En ese sentido, el Programa Nacional de Salud Mexicano 2001-2006, había identificado como retos la falta de equidad, calidad de los servicios y protección financiera, (Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006; Plan Nacional de Salud 2001-2006) señalando que uno de los principales problemas eran los gastos que ocasiona la atención médica; de ahí que se planteara que se buscaba la “democratización en salud” a través de generar las condiciones para facilitar el acceso a los servicios a toda la población, independientemente de su situación económica o lugar de residencia (Secretaría de Salud, 2003). Para llevar a cabo esta propuesta, se 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),(Sesma, 2005) bajo los argumentos de evitar el gasto de bolsillo en el momento de enfermarse y proteger contra los “gastos catastróficos” a las familias pobres.(Gakidou, 2007; Sesma 2005) vale la pena mencionar que de esta cifra sólo el 1.9% iba destinado a la población sin seguridad social, lo anterior nos da cuenta de que el financiamiento y por ende la infraestructura de salud es insuficiente, por lo que ampliar la atención como se pretendía en un principio lleva como consecuencia, sobrecargar aún más el sistema de salud.

#### **PORCENTAJE DEL PIB DESTINADO A SALUD**

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

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

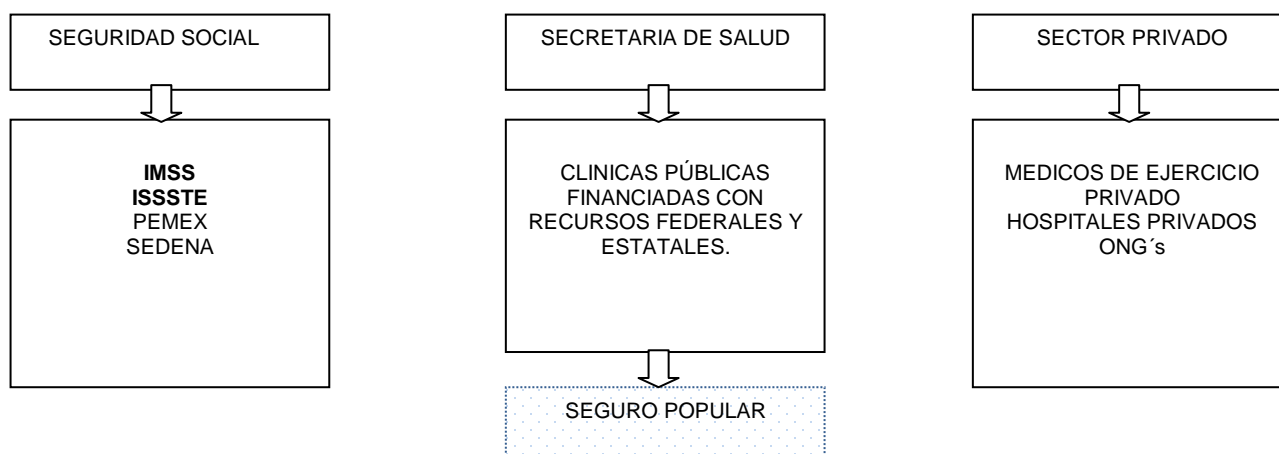
### **La Atención de la población infantil en el sistema público de salud 2000-2009:**

Actualmente, la situación de salud de la población infantil en México se caracteriza por un predominio creciente de enfermedades infecciosas, padecimientos relacionados a la reproducción y la mala nutrición; 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. Un ejemplo de ello son las enfermedades oncológicas que as constituyen la segunda causa de muerte en la población de edad escolar (5-14 años) con una mortalidad de 1035 defunciones al año por cada 100,000 habitantes,(Rizo-Ríos y cols, 2005; INEGI, 2008) mientras que las malformaciones congénitas ocupan el segundo lugar en población de 1 a 4 años, con 790 defunciones en 2007 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.(INEGI, 2008) Ante este panorama, las instituciones de salud no han logrado cubrir las demandas que plantea esta situación de polarización epidemiológica y regresión sanitaria que configuran plataformas socioculturales para el surgimiento de “nuevos” problemas de enfermedad y muerte y posibilitan la aparición epidémica de “viejos” problemas de salud, que se traducen en sobrecarga al sistema y bajos recursos para proporcionar calidad en la atención.

En 2001 se inicia el programa piloto del Seguro Popular de Salud, el cual se implementó de manera formal a partir del 2003, una vez aprobadas las reformas a la Ley General de Salud y la creación del Sistema de Protección Social en Salud, cuyo brazo operativo se denomina Seguro Popular. El Seguro Popular 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 (Programa de Seguro Popular, 2005). 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.(Gakidou et al. 2007) sin embargo a estas fechas, tomando en cuenta que falta menos de un año para lograr la meta propuesta en un inicio, el sistema de salud avanza paulatinamente hacia un estado de privatización e insuficiencia ante las demandas poblacionales de los servicios de salud, cabe mencionar que en primer lugar, el Sistema de Protección Social en Salud no puede complementarse ni compararse con los sistemas de seguridad social puesto que estos van dirigidos a la población trabajadora con un salario fijo que otorga mensualmente aportaciones

destinadas al pago de seguro médico entre otras, constituyendo a su vez, un esquema más amplio de prestaciones sociales.

### 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 y 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. (Programa de Seguro Popular, 2005)

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 de forma paulatina, a todas las enfermedades oncológicas propias de la población infantil, excluyendo otras patologías que requieren tratamiento de alta especialidad, como las malformaciones congénitas, entre otras. Por tanto, estos criterios de selectividad dejan fuera a parte de la población infantil que también requiere tratamiento de alto costo en el tercer nivel. (Diario oficial de la federación 4 de julio 2003)

Esta propuesta 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 2009, con especial énfasis en el sub-periodo que respecta a 2005-2009 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). (Tetelboin y Contreras, 2006)

Por lo anterior el Estado mexicano cambia la lógica de su operación, dentro de los planteamientos que se realizan de manera oficial, sus propuestas, el financiamiento y la aplicación a la población infantil, también impacta la percepción sobre los cambios tanto para los pacientes afiliados y no afiliados como para el personal de salud que participa en el proceso de atención pues en los primeros resultados de este estudio, se ha encontrado que lo que dicta la política de salud y las estrategias a seguir por el programa de Seguro Popular en términos de cobertura para enfermedades oncológicas propias de la infancia, respecto a medicamentos, atención médica y hospitalización, no coincide en su totalidad con las percepciones de quienes otorgan y reciben la atención a la salud, esto a su vez, nos demuestra que, lejos de resolver las necesidades de salud de la población no derechohabiente, se está avanzando en el proceso de descentralización y subcontratación de los servicios de salud, y esto a su vez para quienes están insertados dentro del sistema de salud ya sea como trabajadores de las instituciones federales de salud o como usuarios del servicio, no representa un avance significativo para el mejoramiento de las condiciones laborales y de salud de la población infantil que recibe atención del tercer nivel.



## BIBLIOGRAFÍA

- 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.
- Avila Cisneros y cols. *Historia de la Pediatría en México*. México, Fondo de Cultura Económica; 1997.
- Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, *Programa de Seguro Popular*. Cámara de diputados, LIX Legislatura, México, 2005, 86p.
- Fajardo Gutiérrez. *Mortalidad por cáncer en niños*. En: Boletín Médico del Hospital Infantil de México. 2005; 62 (1): 1-3.
- 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.
- Gobierno de la República, *Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006*. México, Gobierno Federal; 2001.
- Gobierno de la República. *Primer informe de Gobierno, Vicente Fox Quesada*. México, Gobierno Federal; 2001.
- Gobierno de la República. *Programa Nacional de Población 2001-2006: Informe de Ejecución 2005-2006*. México; 2007.
- Gobierno Federal. *Informe de Ejecución 2005-2006*. Programa Nacional de Población 2001-2006. México; 2007.
- 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](http://www.inegi.gob.mx)
- Jorge Koifman Rosalina. *Instituciones de Salud en México, su coordinación* [Tesis de Maestría en Medicina Social], México; Universidad Autónoma Metropolitana; 1985.
- *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.
- Laurell Asa Cristina. *La reforma contra la salud y la seguridad social*. México, Edit. Fundación Friedrich Ebert-ERA; 1997. 122p.
- Laurell Asa Cristina. *La reforma del Estado y la política social en México*. En: Revista Nueva Sociedad, 164 (6), Caracas; 1999:146-158.
- 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.
- López Oliva, Blanco José. *La modernización neoliberal en salud. México en los ochenta*. México: UAM, 1993:145p.
- 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.
- 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.
- Programa Nacional de Salud 2001-2006. *Programa de Acción para la Infancia*. México, Secretaría de Salud, 2007:2-55.
- Rivera Luna. *El niño con cáncer*. México. Academia Nacional de Medicina-TEVA, 2007.

- 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.
- Secretaría de Salud. *Plan Nacional de Salud 2001-2006*. México; 2007.
- 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]
- 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.
- Sistema Nacional de Información en Salud, [documento en internet] Secretaría de Salud. México. [fecha de acceso octubre 2007]. Disponible en: [www.sinais.gob.mx](http://www.sinais.gob.mx)
- 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.
- \_\_\_\_\_ 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
- Vázquez María Luisa. *Equidad y reformas de los sistemas de salud de Latinoamérica*. En: Revista de Salud Pública. Brasil. 18(4); 2002: 1-11.