

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

Nichos de oportunidad para la mejora en la atención médica de los niños afiliados al Seguro Médico para una Nueva Generación

Frequency of infection and disease due to cytomegalovirus and risk of development in pediatric kidney transplant patients

Luis Jasso-Gutiérrez,¹ Luis Duran-Arenas,² Samuel Flores-Huerta,³ Gabriel Cortes-Gallo,⁴ Onofre Muñoz-Hernández⁵

RESUMEN

Introducción. El enfoque del programa Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG) es brindar protección social y financiera gratuita para aquellas familias que carecen de un sistema de aseguramiento médico. El objetivo de este trabajo fue identificar nichos de oportunidad en el programa SMNG de México, para mejorar la atención médica de los niños financiados por este seguro.

Métodos. Se calcularon y analizaron nueve indicadores de desempeño descritos en las reglas de operación del SMNG y se realizó una revisión documental conforme a lo normado por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.

Resultados. Tres indicadores de desempeño fueron deficientes. La revisión documental reveló algunas fallas en la calidad del llenado de la base de datos de 6,440 niños de 128 hospitales acreditados. De ellos, solamente 51.9% ingresaron en las primeras 24 horas de vida. La mortalidad global fue de 4.43%, con diferencias por entidades federativas de 0 a 18.8%, predominando hipoxia intrauterina, enterocolitis necrotizante y hernia diafragmática. De 108 enfermedades, 41 representaron 90.9% de los niños atendidos.

Conclusiones. Se recomienda mejorar la eficiencia de tres de los indicadores de desempeño. Con respecto a la revisión documental, se requiere ampliar la información y la calidad de los datos clínicos consignados en la base de datos, promover un ingreso más oportuno de los niños al hospital y analizar las diferencias en la mortalidad entre las entidades federativas.

Palabras clave: indicadores de desempeño, revisión documental, Seguro Médico para una Nueva Generación, mortalidad neonatal, morbilidad neonatal.

ABSTRACT

Background. The focus of the program "Medical Insurance for a New Generation" (SMNG) is to offer social and economic protection and to eliminate costs for those families who lack medical insurance coverage. The objective was to identify niches of opportunity in the program to improve health care for children funded by the SMNG.

Methods. With information provided by the SMNG, nine "performance indicators" were calculated and described in the rules of operation of the SMNG and a "documentary review" was carried out in accordance with the National Council of Social Development Policy Evaluation.

Results. Three of the "performance indicators" were poor. The "documentary review" revealed some faults in the quality of completing the database of 6,440 children and 128 accredited hospitals. Of these, only 51.9% were admitted in the first 24 h of birth. Overall mortality was 4.43%, with differences according to federal entities from 0.0% to 18.8%. There was a predominance of intrauterine hypoxia, necrotizing enterocolitis and diaphragmatic hernia. From 108 diseases, 41 represented 90.9% of all children admitted.

Conclusions. It is necessary to improve the efficiency of three of the "performance indicators:" in regard to the "documentary review" it will be required to expand information and the quality of the clinical information contained in the database; promote more timely admission of children to the hospital; and analyze mortality differences among the federal entities.

Key words: performance indicators, documentary review, Medical Insurance for a New Generation, newborn morbidity, newborn mortality.

¹ Departamento de Evaluación y Análisis de Medicamentos

² Centro de Estudios Económicos y Sociales en Salud

³ Departamento de Investigación en Salud Comunitaria

⁴ Dirección del Seguro Médico para una Nueva Generación

⁵ Dirección de Investigación

Hospital Infantil de México Federico Gómez
México D.F., México

Fecha de recepción: 25-04-12

Fecha de aceptación: 15-10-12

INTRODUCCIÓN

Con la finalidad de continuar disminuyendo la mortalidad neonatal e infantil en México, a partir de diciembre del 2006 el Gobierno Federal implementó el programa del Seguro Médico Para una Nueva Generación (SMNG) con reglas de operación bien definidas.^{1,2} El enfoque de este

programa es brindar protección social y financiera gratuita para aquellas familias que carecen de un sistema de aseguramiento médico, y cuyos recién nacidos requieren de atención médica generalmente de costo elevado.

El SMNG incluyó, para el año 2008, un total de 108 enfermedades que, en general, se presentan en la etapa neonatal y requieren de atención hospitalaria. El listado se consigna en las reglas de operación del propio SMNG.¹ Con la finalidad de reducir la variabilidad en la práctica clínica y mejorar, en la medida de lo posible, la calidad del cuidado médico,³ se realizó un Protocolo de Atención Médica para cada enfermedad. En estos protocolos, se describen los elementos básicos de la etiología, el diagnóstico y del tratamiento, que por otra parte sirven de guía a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud como orientación para una estimación de los costos de atención de cada padecimiento. El SMNG también financia otros padecimientos específicos de la etapa neonatal de mucho mayor costo y que son tributarios de atención médica en las unidades de cuidado intensivo neonatal (UCIN), a través del denominado Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPCGC), como son prematuridad, septicemia, insuficiencia respiratoria y cierto tipo de malformaciones, que no serán analizadas en el presente trabajo.^{4,5}

Periódicamente, los programas sociales del Gobierno Federal, tales como el SMNG, requieren ser evaluados, tiempo después de que iniciaron su operación, por organizaciones externas diferentes a los responsables directos de las mismas, razón por la que se seleccionó al Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIMFG) para realizar esta evaluación. La evaluación debe apegarse a los lineamientos que están descritos y estipulados en las regulaciones emitidas por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL)⁶ en los que se indica que debe verificarse el grado de cumplimiento de los *indicadores de desempeño* —que previamente fueron diseñados en las Reglas de Operación del SMNG^{1,2}— en los que se determinan aspectos de cobertura de la población, de índole financiera y la denominada “revisión documental”, que consiste en analizar qué logros y deficiencias están presentes en la revisión de la documentación que avala la atención médica de los neonatos protegidos por el SMNG. Por lo anterior, el presente trabajo tuvo como finalidad constatar el grado de cumplimiento de los indicadores de desempeño del programa y los de la revisión documental. Con base en

los resultados, se identificaron nichos de oportunidad que permitan mejorar los procesos de la atención médica de los neonatos atendidos en el año 2008.

MÉTODOS

Atendiendo los términos y condiciones señaladas en las Reglas de Operación del SMNG,¹ y en concordancia con las regulaciones emitidas por el CONEVAL,⁶ se evaluaron dos componentes. El primero correspondiente a los nueve indicadores de desempeño, cuyos numeradores y denominadores ya estaban prefijados en las referidas Reglas de Operación y en los que el resultado ideal del cálculo de cada indicador debía ser de 100% o mayor. Los cálculos y el análisis de los mismos fueron realizados con la información que fue entregada por la Dirección General del SMNG (DG-SMNG) al HIMFG. El segundo componente, correspondiente a la revisión documental, se sustenta de acuerdo con la norma, en revisar y analizar la información documental correspondiente, que en este caso estaba contenida en la base de datos de los niños hospitalizados en el año 2008. Con base en ella y a lo señalado en los Protocolos de Atención Médica de cada enfermedad, verificar el grado de cumplimiento de las mismas. La base de datos fue proporcionada por la DG-SMNG; incluyó un total de 128 unidades médicas que estaban acreditadas por la Secretaría de Salud para brindar atención médica a los niños de las 108 enfermedades autorizadas por el SMNG. El proceso de acreditación de las unidades médicas fue realizado por las autoridades de salud de cada entidad federativa, sustentados en el Manual de Acreditación publicado para ese propósito.⁷

La base de datos contenía la siguiente información: nombre y apellidos de los padres del niño, fecha del reporte, entidad federativa, nombre del hospital, número de afiliación, nombre del niño, fecha de nacimiento, sexo, edad en días, meses o años, número de expediente clínico, fecha de confirmación del diagnóstico, fecha de inicio del tratamiento, causa del alta (mejoría, muerte o traslado a otro hospital), diagnóstico principal con su código correspondiente a la Clasificación Internacional de las Enfermedades versión 10 (CID-10), tipo de tratamiento (médico o quirúrgico), costo autorizado de la atención para cada padecimiento y número del reporte con el que la información fue enviada de la correspondiente entidad federativa a la DG-SMNG. Con esa base de datos proporcionada en ExcelTM, se efectuaron

diversos corrimientos que permitieran analizar distintos componentes, como serían los comportamientos por entidad federativa, unidades médicas, número de pacientes, enfermedades, edad al nacer, edad al ingresar al hospital, sexo, condición al alta, causa de la muerte, entre otras variables. El protocolo fue aceptado por el Comité de Investigación del Hospital Infantil y por el Comité de Ética. Cuando resultó necesario, se aplicaron correlaciones lineales simples como método estadístico.

RESULTADOS

Indicadores de desempeño. Los indicadores identificados con los números 1,2,5,7,8 y 9 tuvieron desempeños eficientes de 100% o mayores, mientras que los relacionados con los números 3,4, y 6, presentaron porcentajes de 1.8, 5.5 y 64%, respectivamente, por lo que se catalogaron como deficientes (Cuadro 1).

Revisión documental. En primer término se verificó cuáles unidades médicas se encontraban acreditadas en el año 2008. Se identificó que el proceso de acreditación se inició en ese año y de manera progresiva por entidades federativas. De tal forma que, en los primeros 7 meses, se acreditaron unidades médicas de 14 estados; en el mes de octubre 14 más y, entre noviembre y diciembre, otros tres, siendo el último el estado de Nayarit. La única entidad federativa que no pudo acreditar ninguna unidad médica en el año 2008 fue Baja California Sur. La acreditación implica una condición indispensable para recibir fondos para la atención de los niños protegidos por el SMNG.⁷ El número total de unidades médicas acreditadas fueron 128; la mayoría de ellas se encontraron concentradas en el Distrito Federal, Guanajuato, Jalisco, Morelos y Veracruz. Los estados de Sinaloa, Chiapas, Chihuahua, México, Nuevo León, y Aguascalientes, a pesar de tener numerosas unidades médicas acreditadas, tuvieron proporcionalmente una menor demanda de niños atendidos. Se puede observar que el financiamiento total de los 6,440 niños atendidos fue de \$201,644,884. Esto representó un costo promedio por paciente de \$31,311.31. El mayor número de pacientes tratados y financiados por las entidades federativas sucedieron en los estados de Guanajuato, Distrito Federal, Jalisco, Tamaulipas, Veracruz y Puebla, y el menor en Yucatán, Campeche y Michoacán (Cuadro 2). No se encontró correlación lineal significativa en función del número de meses en que se incorporaron las unidades

médicas con el número de pacientes atendidos. Hubo un total de 290 defunciones, lo que representó una mortalidad global de 4.43%. El coeficiente de correlación lineal no mostró significación estadística ($r = 0.038$) entre el número de casos atendidos por entidad federativa y el porcentaje de mortalidad, por lo que no pudieron identificarse con la información vertida en la base de datos, las razones de las oscilaciones desde 18.8% en Campeche hasta 0% en los estados de Coahuila, Querétaro y Yucatán.

De las 108 enfermedades autorizadas en las Reglas de Operación, 41 de ellas representaron el 90.9% de los niños atendidos.

Se enlistaron 12 enfermedades que dieron cuenta de 57.32% del total de los 6,440 ingresos, que a su vez representaron el 67.7% del presupuesto total otorgado por el SMNG. Por otra parte, del total de los ingresos, 51.94% ingresaron en las primeras 24 horas de edad postnatal, 28.9% entre los 2 y los 28 días y 24.8% después de los 28 (Cuadro 3).

Varios niños que ingresaron después de las 24 horas de edad postnatal tuvieron diagnóstico de hijo de madre hipertensa, desnutrición intrauterina, insuficiencia renal aguda, hemorragia intracraneana neonatal, enterocolitis necrotizante, convulsiones y hernia diafragmática congénita. Por el contrario, existieron diagnósticos de niños con hipoacusia bilateral, estenosis congénita del conducto lagrimal, polidactilia-sindactilia e hidrocele-espermatocoele, que excedieron su estancia hospitalaria en 100, 55, 55 y 45 días, respectivamente. Cabe destacar que no se identificó ninguna correlación lineal estadística entre el incremento de los días de estancia y la cantidad en pesos erogada por la DG-SMNG.

En el análisis de la base de datos se encontraron diversas omisiones del estado de salud al alta, del tipo de tratamiento (médico o quirúrgico) y de identificación de los diagnósticos de la enfermedad principal y de los secundarios, incluyendo la codificación CIE-10, así como errores de captura e inconsistencias. Por ejemplo, a algunos niños, además de haberles brindado el tratamiento médico, necesariamente debieron requerir de una resolución quirúrgica, como sucedió con casos de artritis piógena o de obstrucción intestinal, mismos que en la base de datos no se mencionó que fueron sometidos a cirugía o que hayan sido referidos a otro hospital. En contrapartida, se identificaron niños que debieron requerir tratamiento médico, como en el caso de displasia broncopulmonar o

Cuadro 1. Resultado porcentual de los indicadores de desempeño correspondientes al SMNG* en el 2008

<i>Indicador</i>	<i>Método de cálculo</i>	<i>Datos</i>	<i>Valor (%)</i>	<i>Observaciones</i>
1. Porcentaje de niños con acceso al sistema de protección social en salud a través del SMNG	Número de niños afiliados al SMNG Niños nacidos a partir del 1° de diciembre de 2006 sin seguridad social en salud	1,852,891 1,748,000	106	El denominador se estimó de proyecciones de CONAPO, asumiendo que 54% nacerán sin protección por algún sistema de seguridad social
2. Porcentaje de niños afiliados al SMNG contra el año anterior*	Número de niños afiliados en el año 2008 al SMNG Número de niños afiliados en el año 2007 al SMNG	1,033,481 819,410	126	
3. Atención de niños por el SMNG como porcentaje de los incorporados al SMNG	Casos atendidos de niños por el SMNG Niños afiliados al SMNG	18,505* 1,033,507	1.8	Reportados por atención hospitalaria*
4. Porcentaje de seguimiento de casos de niños atendidos*	Casos atendidos de niños incorporados al SMNG pagados con el FPCGC con nota de seguimiento Casos atendidos de niños incorporados al SMNG pagados con el FPCGC	646 11,739	5.5	La mayor parte de las intervenciones en UCIN la atención brindada resuelve el caso y no son meritorias de seguimiento
5. Porcentaje del ejercicio del presupuesto del SMNG	Presupuesto ejercido del SMNG en MDP Presupuesto modificado del SMNG en MDP	1,697.8 1,697.8	100	
6. Eficiencia del ejercicio del presupuesto del SMNG*	Presupuesto del SMNG ejercido en MDP Presupuesto del SMNG autorizado en MDP	1,697.8 2,641.2	64	Se reintegraron a la TESOFE 943.4 MDP por ahorros presupuestales
7. Avance en la transferencia de la cápita*	Recursos transferidos por cápita en MDP Recursos totales presupuestados por cápita en MDP	67.8 67.8	100	
8. Avances en la transferencia de los reembolsos*	Recursos transferidos por reembolsos en MDP Recursos totales presupuestados por reembolso en MDP	154.5 154.5	100	
9. Avances en la transferencia de los recursos por vacunas*	Recursos transferidos por vacunas en MDP Recursos totales presupuestados por vacunas en MDP	1,428.7 1,428.7	100	Se financiaron las vacunas de neumococo y heptavalente (2008 y 2009)

*Las primeras reglas de operación del Programa Seguro Médico para una Nueva Generación se publicaron el 31/03/08. Los indicadores se refieren al ejercicio 2008.

SMNG: Seguro Médico para una nueva Generación; FPCGC: Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos; UCIN: unidades de cuidado intensivo neonatal; MDP: millones de pesos; CONAPO: Consejo Nacional de Población; TESOFE: Tesorería de la Federación.

intolerancia a la lactosa, y que fueron catalogados como casos exclusivamente de resolución quirúrgica.

Se puede apreciar que las cinco principales causas de muerte en la población evaluada fueron la hipoxia intrau-

terina (14.9%), la enterocolitis necrotizante (10.1%), la hernia diafragmática congénita (6.4%), el choque hipovolémico (6.1%) y la hemorragia intracraneana no traumática (5.4%) (Cuadro 4).

Cuadro 2. Número de pacientes, financiamiento, número de defunciones y porcentaje de mortalidad por entidad federativa de los niños protegidos por el Seguro Médico para una Nueva Generación

Entidad Federativa	Pacientes (n)	Financiamiento (\$)	Defunciones (n)	Mortalidad (%)
AGS	89	3,408,312	2	2.25
BC	135	3,946,606	1	0.74
BCS	SD	SD	SD	SD
CAMP	11	415,800	2	18.18
CHIA	119	3,834,312	5	4.20
CHIH	81	2,480,978	3	3.70
COAH	31	943,597	0	0.00
COL	132	4,650,973	13	9.85
DF	614	21,692,756	25	4.07
DGO	130	2,956,923	2	1.54
GRO	220	7,281,595	17	7.73
GTO	1307	42,193,132	86	6.58
HGO	152	4,948,310	11	7.24
JAL	485	16,725,638	23	4.74
MEX	244	8,473,358	4	1.64
MICH	7	271,779	0	0.00
MOR	274	6,679,646	4	1.46
NAY	37	927,351	3	8.11
NL	159	5,027,565	3	1.89
OAX	322	9,138,640	7	2.17
PUE	298	9,556,795	21	7.05
QR	63	1,747,750	4	6.35
QRO	117	2,749,535	0	0.00
SIN	116	3,311,827	8	6.90
SLP	248	7,779,485	9	3.63
SON	187	5,375,986	5	2.67
TAB	105	3,428,151	4	3.81
TAMPS	365	8,730,118	7	1.92
TLAX	103	4,992,032	6	5.83
VER	341	11,186,079	12	3.52
YUC	6	210,232	0	0.00
ZAC	166	3,934,541	6	3.61
Total	6440	201,644,884	290	4.43

SD = sin datos; SMNG: Seguro Médico para una Nueva Generación

DISCUSIÓN

Evaluación del desempeño por indicadores. El indicador 1, relacionado con el acceso a los servicios de salud pública financiados por el SMNG, presentó un porcentaje de 106% que fue considerado como satisfactorio, tomando como base que el número de afiliados a partir del 1 de

diciembre del 2006 fue ligeramente mayor al del número de nacimientos. Con este resultado no hay ninguna recomendación de oportunidad de mejora para el programa. Con respecto al indicador 2, que se refiere al número de afiliados al SMNG con respecto al año inmediato anterior y que fue de 126%, superó la meta propuesta de 100%, con lo que se demostró que se cumplió y rebasó la política del Seguro Popular de ampliación progresiva de la cobertura.

El indicador 3, que evalúa el número de niños atendidos por el SMNG como porcentaje de los afiliados al programa, tuvo un desempeño deficiente (1.8%), debido a que la DG-SMNG solo disponía de las estadísticas de los niños hospitalizados, pero no la de los niños ambulatorios. Este resultado representa un nicho de oportunidad que deberá atenderse y que, en la siguiente evaluación, deberá ser corregido, e incluir en la base de datos a los pacientes ambulatorios.

Respecto del indicador 4, que se refiere a las consultas de seguimiento de los niños, reveló una eficiencia de 5.5% debido a que en la base de datos de la DG-SMNG no se disponía de esa información para el año 2008. Por esta razón, el tiempo para realizarlo no corrió paralelo con el momento en que las Reglas de Operación se emitieron en marzo de ese año; además, la DG-SMNG consideró que esos niños, al ser dados de alta, no requirieron de seguimiento en lo general. A pesar de lo anterior, esto representa un nicho de oportunidad de mejora en el que, necesariamente, debe establecerse un programa de seguimiento de los niños hasta garantizar su completa recuperación y minimizar los riesgos que representan las precarias condiciones socioeconómicas de sus familias. También deben incorporarse en el seguimiento no solo los neonatos que requieren hospitalización sino también aquellos que, habiendo nacidos sanos, necesitan ser revisados periódicamente en la consulta externa del primer nivel de atención, para verificar la evolución de su crecimiento y desarrollo, la aplicación de sus vacunas, orientaciones dietéticas y el tratamiento de las infecciones intercurrentes, entre otros. Esto, seguramente, redundará en un descenso de la morbilidad y la mortalidad infantil.

Un asunto de importancia en el manejo del presupuesto en el sector público es asegurarse que el presupuesto programado sea igual al gastado, lo que no fue el caso en el año 2008 como se mostró en el indicador 6 (64%). La explicación al respecto fue que la DG-SMNG, ante un requerimiento de la Tesorería de la Federación, tuvo que

Cuadro 3. Selección por número de pacientes, por importe o ambos, de las primeras 12 enfermedades del total de los niños atendidos en las unidades médicas financiadas por el SMNG en el año 2008

Clave CIE-10	Descripción	Número de casos	Importe total (\$)	Edad al ingreso			Condición al egreso		Tratamiento	
				≤24h	2-28 días	>28 días	Mej (n)	Def (%)	Méd (n)	Quir (n)
P20, P21	Hipoxia intrauterina	1206	34,610,707	893	236	77	1155	3.8	1202	4
P05	Crecimiento fetal retardado y desnutrición fetal	548	27,534,649	378	150	20	532	1.4	548	0
P77	Enterocolitis necrotizante	302	21,895,912	101	132	69	269	2.6	273	29
P55, P58	Enfermedad hemolítica del feto y del RN, otras hemólisis excesivas	562	13,863,740	257	272	33	556	0.5	554	2
P00.0	Feto y RN afectados por hiper- tensión materna	256	13,094,416	68	60	128	241	1.3	256	0
K56.4	Otras obstrucciones intestinales	150	4,616,113	8	27	115	144	0.4	47	103
P90.X; P91.4; P91.6	Convulsiones del RN; depresión cerebral; encefalopa- tía hipóxico isquémica	151	4,118,414	57	57	37	137	1.2	149	2
P52	Hemorragia intracraneal no traumática del RN	69	3,698,534	14	33	22	53	1.4	61	8
Q79.0	Hernia diafragmática congénita	52	3,323,783	21	19	12	33	1.6	6	46
Q69; Q70; R57.1	Polidactilia Sindactilia	67	3,297,438	12	4	51	66	0.0	8	59
R57.1	Choque hipovolémico	88	3,295,738	8	8	72	69	1.5	87	1
Q43	Otras malformaciones del in- testino	59	3,277,187	6	20	33	55	0.2	9	50
	Subtotal	3510	136,626,632	1823	1018	671	3315	5.5	3200	304
	Total	6440	201,644,844							

RN: recién nacido; SMNG: Seguro Médico para una Nueva Generación; Mej: mejoría; Def: defunción; Méd: médico; Quir: quirúrgico.

regresar parte del presupuesto asignado. Aquí existe otro nicho de oportunidad, es decir, el asegurar que a partir del 2009 se garantice el gasto completo del mismo. Con respecto a los indicadores del progreso en la transferencia del capital (indicador 7), el de progreso en la transferencia de fondos (indicador 8), el de progreso en la transferencia de fondos para las vacunas (indicador 9), que alcanzaron el 100%, estos se consideraron como metas cumplidas y con resultados eficientes.

Evaluación documental. Se identificaron deficiencias en el llenado de la base de datos, que produjeron variaciones en los resultados. Esta situación ocurrió con el número de fallecimientos por entidad federativa, con la emisión de diferentes diagnósticos para una misma enfermedad o la prolongada duración de los días de hospitalización en base al padecimiento del niño. Para estos ejemplos y otros más, las oportunidades de mejora radican en hacer adecuaciones a los contenidos

de la base de datos existente con el siguiente orden: nombre y apellido del niño, dirección completa de la persona asegurada, fecha del reporte, entidad federativa y nombre del hospital donde el niño nació, nombre del hospital acreditado y entidad federativa al cual el niño fue referido, número de afiliación, fecha de nacimiento, sexo, edad en días, meses y años al ingresar, fecha de confirmación del diagnóstico, fecha de inicio del tratamiento, causa del alta (mejoría, fallecimiento, traslado a otro hospital o alta voluntaria), diagnóstico principal y dos secundarios cuando existan, codificación precisa del padecimiento con base a la clasificación internacional de las enfermedades versión 10 (ICD-10), tipo de tratamiento utilizado (médico, quirúrgico o ambos), costo autorizado del financiamiento del padecimiento principal, número de reporte con el que fue enviada la información al DG-SMNG, fecha de liberación, días de estancia en el hospital y fecha de confirmación del diagnóstico.

Cuadro 4. Causas más relevantes de la mortalidad de las 290 defunciones de los padecimientos que presentaron los niños protegidos por el Seguro Médico para una Nueva Generación

<i>Enfermedad</i>	<i>Mortalidad (%)</i>
Hipoxia intrauterina	14.9
Enterocolitis necrotizante	10.1
Hernia diafragmática congénita	6.4
Choque hipovolémico	6.1
Hemorragia intracraneal no traumática del recién nacido	5.4
Crecimiento retardado y desnutrición intrauterina	5.4
Recién nacido con hipertensión materna	5.1
Trauma superficial de cuero cabelludo	4.7
Convulsiones y encefalopatía hipóxico isquémica	4.7
Coagulación intravascular diseminada	4.1
Insuficiencia renal aguda	3.7
Neumotórax, aspiración de meconio, hemorragia pulmonar	2.7
Insuficiencia cardíaca	2.4
Alteraciones del equilibrio del Na y K del recién nacido	2.0
Displasia broncopulmonar	2.0
Enfermedad hemolítica del recién nacido y otras hemólisis	2.0
Neumotórax, derrame pleural	1.7
Obstrucciones intestinales	1.7

La existencia de diagnósticos diferentes para la misma enfermedad, dentro de la misma unidad médica y entre otras unidades, requiere que se realicen cursos de capacitación para los responsables del SMNG de cada entidad federativa. Una vez capacitados, no se deberán aceptar errores en el llenado de las bases de datos hasta que los hayan corregido los médicos responsables de la atención de cada neonato. Se debe hacer especial énfasis en la emisión de los diagnósticos, en el apego estricto a la descripción de la enfermedad y su respectivo código de la CIE-10. Todo lo anterior conforme a lo establecido en los protocolos de atención médica existentes, emitidos por la DG-SMNG.³

Está demostrado que el tiempo ideal para hospitalizar a un neonato con un padecimiento que lo requiera es a las primeras 24 horas de edad postnatal. Sin embargo, esto solo ocurrió en 55% de los niños evaluados. Por esto, otro nicho de oportunidad es recomendar que, si la madre está afiliada al Seguro Popular durante el embarazo, antes o durante el trabajo de parto y el hijo nace con algunos de los padecimientos enlistados, este sea trasladado en forma expedita a una unidad hospitalaria acreditada en la atención

de los padecimientos cubiertos por el SMNG, en caso de no disponer la unidad de nacimiento de la capacidad para tratar al niño. La mortalidad encontrada de 4.43% cuando se analiza por entidad federativa, mostró una gran variabilidad, lo que no permitió realizar un análisis preciso de los resultados basados solamente en la información presente en la base de datos. Lo anterior es relevante, ya que el objetivo primordial, además de la protección social y la disminución del gasto familiar, es la disminución de la mortalidad neonatal. Para contextualizar estos hallazgos es importante referir que en el 2008 fallecieron en el mundo 8,795,000 niños menores de 5 años de edad; de estos, 45% (3,575,000) fueron neonatos cuyas principales causas de muerte fueron prematuridad en 12% (1,033,000), asfixia 9% (814,000), septicemia 6% (521,000) y neumonía 4% (366,000).⁸ Con excepción de esta última, las acusas son similares a lo que sucede en México y en otros países.^{9,10} Sin embargo, los resultados encontrados en la presente evaluación indicaron que hipoxia intrauterina fue la principal causa de muerte, seguida de enterocolitis necrotizante, hernia diafragmática congénita y hemorragia intracraneana no traumática. Estos resultados no coinciden en ese orden con las estadísticas de México.⁹ Llama la atención, por lo que se hace indispensable verificar que el llenado del componente de la mortalidad para la base de datos sea revisado a profundidad por los responsables de las 128 unidades médicas evaluadas. El haber encontrado una baja mortalidad (4.43%), tomando en cuenta los padecimientos identificados, es posible que se deba a deficiencias en el llenado de la base de datos. Esto se infiere por las grandes diferencias encontradas entre las distintas entidades federativas, que oscilaron desde 0% hasta 18.8%. En la práctica, esta situación no corresponde con la realidad, a pesar de que no se incluyeron la insuficiencia respiratoria, la prematuridad, la septicemia y las malformaciones congénitas del corazón⁴ dentro de los 108 padecimientos evaluados que se encuentran cubiertos por el FPCGC.

Tomando en consideración que la meta internacional No. 4 del Milenio de la OMS tiene como finalidad reducir la mortalidad en dos terceras partes entre los años 1990 y 2015 en los niños de menos de 5 años y que la mortalidad neonatal representa 50% de los fallecimientos, es indispensable que el SMNG continúe mejorando y desarrollando diferentes estrategias de calidad a nivel de las entidades federativas, para lograr la reducción de la mortalidad en los años posteriores al 2008.^{8,11}

Conflicto de interés. La realización del presente estudio fue financiada por el Sistema Nacional de Protección en Salud y por el Seguro Médico para una Nueva Generación. Sin embargo, los autores manifiestan que lo anterior no fue un impedimento para limitarse en expresar los resultados encontrados, así como en emitir sus recomendaciones.

Autor de correspondencia: Dr. Luis Jasso-Gutiérrez
Correo electrónico: ljasso@himfg.edu.mx

REFERENCIAS

1. ACUERDO por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Seguro Médico para una Nueva Generación, para el ejercicio fiscal 2008. México; 2008. Disponible en: <http://www.ropsa.net/ropsa/>
2. Secretaría de Salud. Seguro Popular. México. Seguro Médico para una Nueva Generación. Disponible en: http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=280&Itemid=295
3. Secretaría de Salud. Seguro Popular. México. Protocolos de Atención Médica. Disponible en: http://www.seguro-popular.gob.mx/images/contenidos/SeguroNuevaGeneración/protocolos_smng.pdf
4. Jasso-Gutiérrez L, Duran-Arenas L, Flores-Huerta S, Cortés-Gallo G. Recommendations to improve health care of neonates with respiratory insufficiency beneficiaries of Seguro Popular. *Salud Pub Mex* 2012;54(suppl 1):S57-S65.
5. Secretaría de Salud. Seguro Popular. México. Intervenciones médicas cubiertas por el Programa Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG). Disponible en: <http://www.seguro-popular.gob.mx/images/contenidos/FPGC/IntervencionesFPGC.pdf>
6. CONEVAL. México. Lineamientos Generales para la Evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública Federal. Diario Oficial de la Federación. México. Viernes 30 de marzo de 2007. Disponible en: http://www.coneval.gob.mx/contenido/eva_mon/361pdf
7. Secretaría de Salud. México. Sí Calidad. Manual para la acreditación y garantía de calidad en establecimientos para la prestación de servicios de salud. Disponible en: <http://www.calidad.salud.gob.mx/calidad/acred.html>
8. Black RE, Cousens S, Johnson HL, Lawn JE, Rudan I, Bassani DG, et al. Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis. *Lancet* 2010;375:1969-1987. doi:10.1016/S0140-6736(10)60549-1.
9. Jasso GL. Mortalidad perinatal y neonatal. En: Neonatología Práctica. Mexico: Manual Moderno; 2008. pp.1-5.
10. Subspecialty Group of Neonatology, Pediatric Society, Chinese Medical Association. Epidemiologic survey for hospitalized neonates in China. *Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi* 2009;11:15-20.
11. Rajaratnam JK, Marcus JR, Flaxman AD, Wang H, Levin-Rector A, Dwyer L, et al. Neonatal, postneonatal, childhood, and under-5 mortality for 187 countries, 1970–2010: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 4. *Lancet* 2010;375:1998-2008. doi:10.1016/S0140-6736(10)60703-9.