

Seguros sanitarios para todos:

¿la clave para mejorar

el control diabético?

☒ Frank Vinicor y Michael Englgau



Cubrir los costes de la diabetes representa un gran desafío. Una buena atención diabética exige un control complejo durante toda la vida, haciendo que la afección sea una de las enfermedades crónicas más costosas. En 2006, los esfuerzos por aumentar la concienciación de la comunidad diabética global destacarán el estatus sanitario de las personas que son vulnerables o que no están suficientemente atendidas. No limitado a las poblaciones del mundo en vías de desarrollo, este grupo incluye a personas con diabetes incluso en los países más ricos. En EEUU, en donde la cobertura sanitaria económica va por lo general vinculada al empleo, hay una enorme y creciente cantidad de personas con la afección que no tiene seguros sanitarios personales ni a través de su empleo. Frank Vinicor y Michael Englgau nos hablan del impacto del problema de los seguros sanitarios sobre la calidad de la atención diabética, haciendo particular referencia a la población estadounidense.



Las enfermedades, en especial las asociadas con las enfermedades crónicas, son caras a muchos niveles: los individuos, las familias, las comunidades, los sistemas sanitarios y las sociedades, todos pagan la factura en

distinto grado. Independientemente de quién pague, estar enfermo es caro; la sanidad nunca es realmente gratuita. Incluso en los países en los que se ofrece la cobertura de un seguro sanitario nacional a todos los

ciudadanos, existen políticas fiscales que afectan a toda la población para recaudar los recursos necesarios para financiar la sanidad, incluso en donde coexiste un sistema de seguros sanitarios privados.

En EEUU, las personas con más de 65 años de edad reciben cobertura sanitaria nacional, conocida como Medicare. Pero aproximadamente 45 millones de personas (el 17% de la población en edad laboral) no están cubiertos por un seguro sanitario, y esta cifra crece gradualmente.^{1,2} Estas personas son en general jóvenes adultos (de menos de 35 años) de las poblaciones no blancas más desfavorecidas.^{1,2} Quizá sorprenda que la mayoría de estas personas, o está trabajando, o pertenece a una familia en la que al menos un miembro está trabajando.¹ Sus empleos, sin embargo, suelen ser temporales o, en el caso de muchas personas que trabajan a tiempo completo, trabajan para una pequeña empresa (de menos de 100 empleados) que, como tal, no está obligada a proporcionar seguros sanitarios a sus trabajadores.

Ya que alrededor del 6% de la población estadounidense tiene diabetes, de los aproximadamente 45 millones de

Millones de trabajadores estadounidenses no reciben un seguro médico financiado por la empresa para la que trabajan.



personas sin cobertura sanitaria, podemos calcular que, en EEUU, alrededor de 3 millones de personas con diabetes, o tienen una cobertura insuficiente para recibir una atención sanitaria razonable, o no tienen ninguna en absoluto. De hecho, esta cifra probablemente aumente debido a que la prevalencia de diabetes entre personas no aseguradas (las de las comunidades más desfavorecidas) sea probablemente superior al 6%.³

¿Atención de calidad para los no asegurados?

Varios estudios, tanto en EEUU como en otros lugares, han examinado el problema de los seguros sanitarios. Un estudio realizado a finales de los 90 analizó el estatus sanitario de personas (con y sin diabetes) que, habiendo tenido alguna vez un seguro sanitario, no lo tenían en el momento del estudio. Manifestaron una probabilidad bastante mayor de carecer de una “fuente habitual de atención sanitaria”, de poder obtenerla y de no haber recibido la visita de un profesional sanitario durante el último año.⁴

Impacto sobre la diabetes

Un estudio realizado en 2000 se centró en distintos aspectos de la atención diabética, como los exámenes oculares y del pie, la monitorización de la HbA_{1c}, la monitorización de la glucosa y la educación diabética. Se reveló que las personas con diabetes sin seguro sanitario tenían una probabilidad bastante inferior de recibir una atención

diabética adecuada en comparación con quienes tenían un seguro médico privado.⁵

En los análisis más recientes de datos de EEUU, en 2002, al compararlas con quienes tenían cobertura sanitaria, las personas sin forma alguna de seguro médico fueron con menos frecuencia objetivo de intervenciones de atención diabética preventiva y mostraron unos indicadores diabéticos menos deseables: un mayor porcentaje de personas no aseguradas tenía niveles de HbA_{1c} por encima del 9%; eran menos quienes se habían realizado un análisis anual de lípidos y/o un examen anual del pie.⁶

Más pruebas

Las evidencias del impacto de un seguro médico adecuado sobre el aumento de la probabilidad de tener una atención diabética adecuada no se limitan a EEUU. Se documentó en un estudio reciente en México que las personas con diabetes sin seguro médico tenían una probabilidad menor de recibir una atención diabética convencional y una probabilidad mayor de automedicarse y/o utilizar medicinas complementarias o alternativas potencialmente peligrosas.⁷

En general, se ha descubierto de modo consistente que las personas sin seguro médico reciben un nivel inferior de atención

diabética básica: educación, monitorización de la HbA_{1c}, exámenes oculares y del pie, etc. Ya que estas intervenciones preventivas van asociadas a un descenso del riesgo de complicaciones discapacitadoras que son una amenaza para la supervivencia (como enfermedades cardíacas, lesiones oculares o insuficiencia renal) se puede predecir que las complicaciones diabéticas avanzadas serán más frecuentes entre las personas no aseguradas o con un seguro sanitario inadecuado.

Seguros para todos: no es la panacea

Parece poco probable que la libre disponibilidad de un seguro sanitario que cubra la atención diabética tenga como consecuencia un control diabético óptimo. En EEUU, por ejemplo, Medicare ofrece una forma de seguro sanitario nacional para todas las personas de más de 65 años. Bajo este sistema, se paga principalmente a los profesionales sanitarios y/o las instituciones por tratamientos como hospitalizaciones y cirugías por afecciones ya desarrolladas, como la hipertensión. Pero el programa Medicare no es perfecto y cubre tan sólo una serie de intervenciones sanitarias preventivas, como mamografías y citologías.

En el caso de las personas con diabetes que disponen de Medicare, se ha descubierto que

el nivel de servicios de atención diabética es mayor entre personas con Medicare que entre la población no asegurada. Además, con el tiempo ha habido mejoras constantes en los análisis de laboratorio y tratamientos adecuados para personas con diabetes bajo el programa Medicare.⁸ Sin embargo, incluso con esta forma de seguro médico nacional, no se ha conseguido el control diabético óptimo. Una serie de factores distintos e importantes afecta considerablemente la calidad de la atención que reciben las personas con diabetes, como su origen étnico o el tipo de profesional sanitario que utiliza Medicare.⁹

Impacto sobre la diabetes

El impacto del seguro médico sobre el control diabético y sus resultados se puede analizar comparando datos de varios países con distintos conceptos de seguro sanitario. Aunque deberíamos tomar el análisis de estos datos con cautela, es posible comparar los informes sobre varios indicadores diabéticos. Parece que hay pocas dudas de que, ante la ausencia de algún tipo de seguro médico, no suele darse el control diabético apropiado. En la mayoría de las circunstancias, un nivel básico de cobertura económica aumenta de modo importante la probabilidad de que se dé una buena atención diabética.

De hecho, aunque los datos sugieren que, en términos de resultados intermedios (como los niveles de HbA_{1c}, la tensión arterial o el control de lípidos), no existen variaciones importantes entre países con distintos enfoques en cuanto al seguro médico,^{6,8,9} no tener que pagar directamente por la atención diabética tiene un impacto positivo sobre el control diabético.¹⁰

Sin embargo, quizá no debería sorprendernos que una cobertura económica adecuada

para el control diabético no garantiza unos resultados diabéticos óptimos: mientras que algunas personas sin seguro médico podrían controlar muy bien su afección, otras con una cobertura sanitaria económica excelente no son capaces de controlar su afección eficazmente. Incluso en un entorno en el que el estado proporcione seguro médico, a menos de que haya una atención preventiva que vaya unida a una atención secundaria adecuada, es poco probable que mejoren los resultados diabéticos. En otras palabras: pague quien pague, la clave de una atención óptima consiste en gastar en el lugar adecuado.

La clave económica de una atención óptima se encuentra en gastar en el lugar adecuado

Encontrar la respuesta adecuada

Es importante recordar que la diabetes es una enfermedad crónica compleja y de múltiples facetas y que requiere la respuesta adecuada. Cambiar tan sólo un elemento dentro de una estrategia de muchos componentes probablemente mejore parcialmente las probabilidades de una persona de tener una buena salud diabética.

Una serie de factores relacionados, como el nivel académico, el estatus socioeconómico y la estructura y función de los sistemas sanitarios, tiene un fuerte impacto sobre la atención diabética, independientemente del sistema de seguros sanitarios. El esfuerzo por combatir la complejidad del control diabético de manera amplia, que incluya (pero que no se limite a) seguros médicos, debe emplear varias estrategias dentro de un enfoque coordinado y de colaboración.

✉ Frank Vinicor y Michael Engelgau

Frank Vinicor es Director Asociado para la Práctica Sanitaria Pública del Centro Nacional de Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud, en EEUU.

Michael Engelgau es Director de la División de Traducciones Diabéticas del Centro Nacional de Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud, en EEUU.

Bibliografía

- 1 Health, United States, 2005: Chartbook on Trends in the Health of Americans. US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, 2005.
- 2 Schroeder S. Prospects for expanding health insurance coverage. *New Engl J Med* 2001; 344: 847-52.
- 3 Robbins J, Vaccarino V, Zhang H, Kasl S. Socioeconomic status and diagnosed diabetes incidence. *Diab Res Clin Pract* 2005; 68: 230-6.
- 4 Kasper J, Giovannini T, Hoffman C. Gaining and losing health insurance: strengthening the evidence for effects on access to care and health outcomes. *Med Care Res Rev* 2000; 57: 298-316.
- 5 Nelson K, Capko M, Reiber G, Boyko E. The association between health insurance coverage and diabetes care; data from the 2000 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Health Serv Res* 2005; 40: 361-72.
- 6 Saaddine J, Cadwell B, Gregg E, Engelgau M, Vinicor F, Imperatore G, Narayan V. Improvements in diabetes processes of care and intermediate outcomes: United States, 1988-2002. *Ann Intern Med* 2006, in press.
- 7 Pagan J, Puig A. Differences in access to health care services between insured and uninsured adults with diabetes in Mexico. *Diabetes Care* 2005; 28: 425-6.
- 8 McBean A, Jung K, Virmig B. Improved care and outcomes among elderly Medicare managed care beneficiaries with diabetes. *Am J Managed Care* 2005; 11: 213-22.
- 9 Trivedi A, Zaslavsky A, Schneider E, Ayanian J. Trends in the quality of care and racial disparities in Medicare managed care. *N Engl J Med* 2005; 353: 692-700.
- 10 Jackson G, Yano E, Edelman D, et al. Veterans Affairs primary care organizational characteristics associated with better diabetes control. *Am J Managed Care* 2005; 11: 225-37.