
El Paciente Diabético en la Reforma de Salud de Puerto Rico

ROBERTO RAMÍREZ-GARCÍA, MHSA, PhD; WALESKA CRESPO-RIVERA, LND, MHSA

La Reforma de Salud de Puerto Rico se inició en el año 1993 como una iniciativa del gobierno de Puerto Rico para integrar la atención de la salud de la población médico-indigente al sector de servicios de salud privado, en efecto creando un solo sistema de salud. Una de las metas de esta reforma es mejorar el acceso a servicios esenciales de salud para la población médico-indigente, que se estima entre un cuarenta y un cincuenta por ciento de la población total del país. Conjuntamente, se espera mejorar la calidad de la atención médico-hospitalaria dentro de un modelo costo-eficiente.

Una de las áreas que más se espera mejorar en este programa es la atención de las condiciones crónicas, específicamente, diabetes, hipertensión y salud mental. El diagnóstico temprano y el manejo preventivo de estas condiciones puede reducir significativamente la morbilidad y la mortalidad de los pacientes que las sufren. Además, puede lograr un cuidado costo-efectivo que redunde en la contención de los altos costos de tratamiento de estas enfermedades y las complicaciones que resultan de las mismas. Finalmente, el impacto en la productividad y la calidad de vida de las personas que sufren estas condiciones se incluye como una justificación para su manejo efectivo dentro de los programas de prevención primaria y secundaria disponibles como parte de la cubierta del seguro de salud de la Reforma de Salud.

El propósito de este trabajo es enfocar el manejo del paciente diabético en la Reforma de Salud de Puerto Rico, examinando las oportunidades que se proveen para estos pacientes dentro de la cubierta del seguro de salud, diseñado para la población médico-indigente y los retos que se identifican desde que se implantó la misma en 1993. La existencia de programas de promoción de salud y

prevención de enfermedad en el seguro de salud de la Reforma, específicamente para la diabetes mellitus, no se traduce necesariamente en una participación efectiva de los beneficiarios de este programa de seguro. Es importante, por lo tanto, abordar este componente como una de las oportunidades principales para mantener la salud del paciente diabético y las consecuencias de no hacer uso de estos servicios. De igual forma, es importante examinar aspectos de la implantación del seguro de salud en el escenario clínico para identificar problemas potenciales que impidan el manejo adecuado de este paciente.

La diabetes mellitus se informa como la tercera causa de muerte en Puerto Rico (1). El impacto de la diabetes en la salud de la población puertorriqueña se discute en publicaciones de autores con la competencia clínica y científica en el campo de la atención de la diabetes mellitus. No obstante, se reseñan algunos datos contenidos en la Guía Para el Tratamiento de Diabetes Mellitus del Dr. Adolfo Pérez-Comas (2). Esto para mantener armonía con la discusión de este tema desde la perspectiva de la Reforma de Salud. Cabe destacar en el trabajo de Pérez-Comas que las personas afectadas por la diabetes mellitus presentan veinticinco (25) veces mayor posibilidad de desarrollar ceguera; diecisiete (17) veces mayor posibilidad de tener problemas renales; y de diez (10) a veinte (20) veces más posibilidad de presentar gangrena, que podría resultar en la necesidad de amputación de extremidades. Además, la presencia de esta enfermedad esta asociada con complicaciones cerebrovasculares y enfermedad coronaria. Añade en su trabajo Pérez-Comas, que la diabetes mellitus aumentó once (11) veces entre 1950 y 1989.

Sin embargo, la información que más sobresale en el caso de la diabetes es que existen programas para controlar la enfermedad que han demostrado excelentes resultados. Estos incluyen terapia de medicamentos, programas educativos sobre la importancia de los hábitos alimentarios y estilos de vida. La adherencia a estos programas permite evitar complicaciones de la enfermedad que se traducen en una reducción en la morbilidad y mortalidad de este paciente y una utilización costo-efectiva de los recursos

From the Department of Health Services Administration, Graduate School of Public Health, Medical Sciences Campus, University of Puerto Rico, San Juan, Puerto Rico.

Address for correspondence: Roberto Ramirez, MHSA, PhD. University of Puerto Rico, Medical Sciences Campus, Graduate School of Public Health, Department of Health Service Administration. PO Box 365067, San Juan, Puerto Rico, 00936-5067. Phone: (787) 758-2525, ext. 1435.

económicos, que tanto afectan la capacidad del sistema de salud para responder a estas y otras condiciones de salud.

La Reforma de Salud de Puerto Rico se inició mediante la aprobación de la Ley 72 del 7 de septiembre de 1993, según enmendada, que creó la Administración De Seguros de Salud (ASES) (3). Mediante la creación de la ASES, el gobierno compra una cubierta de servicios de salud comprensiva para la población médico-indigente, utilizando el mercado de seguros de salud privado. El seguro de salud de la Reforma de Salud, conocido como la Tarjeta de Salud, se financia a través de un sistema de pagos fijos *per capita* a médicos primarios, que asumen la responsabilidad por el cuidado integral de los pacientes que se suscriben a su servicio. El programa de la Tarjeta brinda una serie de cubiertas para cuidado gineco-obstétrico, salud mental, cuidado catastrófico y procedimientos diagnósticos y de tratamiento sofisticados, a través de una porción del pago capitado que retiene el asegurador para contratar estos servicios a través de proveedores especialistas y de apoyo.

La porción de la cubierta del seguro de salud de la Reforma de Salud que administra el médico primario, incluye servicios preventivos que se deben proveer para garantizar el diagnóstico y seguimiento de condiciones crónicas, entre las cuales se destaca la diabetes mellitus. El cuidado de este paciente está basado en el protocolo de manejo recomendado por la Sociedad Puertorriqueña de Endocrinología y Diabetología (SPED) de noviembre de 1995. Para este tipo de paciente, el éxito de la Reforma de Salud implica una participación efectiva por parte del paciente en los servicios de promoción de salud y prevención del deterioro de la condición mediante un diagnóstico temprano y un seguimiento continuo, según las recomendaciones de la SPED.

Tomando como base estas recomendaciones, se examinó un estudio que fue comisionado por el gobierno de Puerto Rico para evaluar la efectividad en la implantación de la Reforma de Salud. Este estudio encontró serias deficiencias en la participación de los beneficiarios del programa de la Tarjeta de Salud en lo que respecta a la utilización de servicios preventivos, entre los que se destaca el cuidado del paciente diabético (4). La evaluación que se llevó a cabo en este estudio utilizó mayormente encuestas de satisfacción de los usuarios con los servicios que procuran una vez reciben la Tarjeta de Salud. El estudio encontró en una encuesta de una muestra de beneficiarios de la Tarjeta que 74% de los encuestados no habían sido referidos a examen de la vista. Un 79.3% no había sido referido a examen auditivo; 80.8% no había recibido una evaluación nutricional ni conocían sobre la disponibilidad de este servicio; y 72.2% no había sido referido para examen de

detección de cáncer de colon. Se encontró además, que 95.7% de los encuestados no había participado de un campamento de prevención de enfermedades y 87% no participaba de ferias de salud.

Aunque estos resultados no son suficientes para determinar de forma contundente la efectividad de la Reforma de Salud en manejar de forma adecuada los pacientes diabéticos, preocupa la pobre participación de los usuarios de la Tarjeta en los programas preventivos para detección y manejo temprano de enfermedades crónicas. Esta preocupación se extiende a la atención que brinda el médico primario a la condición de la diabetes mellitus. El médico primario tiene la responsabilidad de servir de primer punto de contacto con el paciente para manejar el cuidado de su salud, ya sea directamente o en consulta con proveedores especializados. La alta prevalencia de esta condición en Puerto Rico y la pobre experiencia observada hasta el momento en la utilización de servicios preventivos en el programa de la Reforma, sugiere que la morbilidad de la diabetes mellitus no ha mejorado como resultado de la implantación de este programa y probablemente ha ido en aumento. A esto último se añade como agravante el pobre mantenimiento de los sistemas de vigilancia epidemiológica y estadísticas de servicios y de salud durante la mayor parte de la década pasada.

Existen otros problemas atribuibles al diseño del seguro de salud de la Reforma que inciden directamente sobre el cuidado del paciente diabético. Estos problemas están relacionados directamente con el alto costo de tratar un paciente diabético complicado, comparado con el presupuesto limitado que recibe el médico primario. El médico enfrenta un dilema al tratar este tipo de paciente ya que una vez llega complicado, su tratamiento adecuado es intensivo en el uso de medicamentos, servicios diagnósticos y estadías hospitalarias frecuentes. El médico enfrenta el incentivo económico de retener servicios al paciente y recomendarle que se cambie de médico primario. El usuario de la Tarjeta tiene derecho a cambiar de médico primario cada treinta días. Esta recomendación, hecha de forma sutil, generalmente logra que el paciente se cambie de médico respetando lo que entiende es una recomendación para su propio bienestar. La realidad es que cuando ese paciente finalmente experimenta un deterioro mayor de su condición, generalmente enfermedad renal, coronariana o ambas, existe el incentivo de esperar a que requiera diálisis o intervención cardiovascular, lo cual transfiere la cubierta del paciente a la cubierta catastrófica y fuera de la responsabilidad de la cubierta primaria. En situaciones frecuentes, las lesiones o infecciones de pacientes diabéticos resultan en la necesidad de amputación de extremidades para evitar la

muerte del paciente. Preocupa que a menudo estos, casos que pueden evitarse mediante intervenciones con medicamentos de forma agresiva y seguimiento médico continuo, resultan en amputaciones por lo costoso que representa la terapia de medicamento en el fondo capitado del médico primario.

La evidencia sobre estos problemas con la cubierta de servicios bajo el programa de La Reforma de Salud es mayormente anecdótica. No obstante, los problemas son reconocidos de forma generalizada en el sistema de salud de Puerto Rico. La renuencia en el pasado de facilitar información que sirviera para seguir el cuidado de este y otros tipos de pacientes, unido al pobre mantenimiento de las estadísticas de salud, hacen muy difícil constatar en el corto plazo estos problemas. Sin embargo, la existencia de mecanismos que permiten que esto pueda ocurrir y el reclamo generalizado de distintos sectores del campo de los servicios de salud a estos efectos, obligan la discusión de estos asuntos.

El gobierno recién iniciado en enero de 2001 se ha comprometido a atender áreas de la cubierta de la Tarjeta que requieren cambios. Estos cambios deben incluir una transformación en el rol del gobierno para garantizar precios más competitivos para la cubierta de medicamentos. Esto incrementaría el acceso a los mismos y crearía menos conflicto con el médico primario. El usuario debe mantenerse suscrito a su médico primario para darle la oportunidad que se pueda completar el programa de servicios preventivos, según lo disponen los protocolos de cuidado establecidos para cada condición. Un período de por lo menos seis meses debe ser suficiente para establecer una relación médico-paciente saludable. Bajo la Reforma, el médico es responsable de un riesgo financiero sustancial (aproximadamente 70%) del dólar prima de capitación. Esto crea los conflictos entre el rol fiduciario del médico y su rol financiero, según descrito anteriormente. Tomando como ejemplo el Programa Medicare, este no permite transferir al médico más de un 25% del dólar prima ya que entiende que más de eso pone al médico en un riesgo financiero sustancial (Substantial Financial Risk) (5).

Finalmente, la Administración de Seguros de Salud (ASES), debe asegurarse que los usuarios de la Tarjeta cumplan con sus visitas preventivas al igual que lograr que los médicos primarios participantes demuestren que hacen accesibles y disponibles dichos servicios. En el caso de que estos no sean cumplidos por parte del usuario, existe experiencia de que es efectivo un sistema de pago de penalidades en forma de deducibles cada vez más altos

según faltan a las citas para estos servicios. En última instancia, el usuario se expone a perder su beneficio de cubierta si no cumple con su responsabilidad de seguir su programa de cuidado. En el caso de médicos que no cumplan con su parte de la relación médico-paciente, se puede implantar un mecanismo en el cual se le limite el número de suscriptores que pueda reclutar a su servicio hasta tanto demuestre su efectividad en proveer los servicios preventivos indicados. Esta sanción podría inclusive culminar en la pérdida del privilegio de participación en el programa de la Tarjeta de Salud.

La cubierta de servicios en el programa de seguro de la Reforma de Salud de Puerto Rico es amplia y comprensiva. Su diseño demuestra estar basada en guías e indicaciones reconocidas por sociedades médicas y de servicios de salud de aceptación profesional generalizada. No obstante, este programa contiene mecanismos que proveen incentivos cuyos resultados pueden ser de gran detrimento a la calidad del cuidado de la salud y los resultados de estos. Señalamos algunos de los retos en el cuidado a los pacientes diabéticos con la esperanza de que la atención a estos retos se convierta en el aprovechamiento de las excelentes oportunidades que pueden lograrse con una implantación efectiva de la Reforma de Salud. La diabetes mellitus, como tercera causa de muerte en Puerto Rico afecta significativamente la vida de cientos de miles de habitantes de Puerto Rico y sus familiares. Resulta en una pérdida enorme de productividad y su atención tardía grava el presupuesto ya comprometido de los sectores de salud gubernamental y privado. Así mismo, el tratamiento adecuado de esta condición mejora de forma excepcional la calidad de vida de los pacientes que la sufren y de sus familiares. Atender de forma adecuada esta enfermedad sería de por sí un victoria singular sin precedente para la Reforma de Salud específicamente y para el sistema de salud de Puerto Rico en general.

Referencias

1. Puerto Rico Health Department. Puerto Rico Vital Statistics Annual Report 1999. Health Statistics Office.
2. Pérez-Comas A. Guía para el tratamiento diabetes mellitus. Consenso Latinoamericano. San Juan, Puerto Rico: Asociación Latinoamericana de Diabetes; 1996.
3. Ley 72 del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, septiembre 1993.
4. Evaluación del Plan de la Reforma de Salud. Estudios Técnicos: San Juan, Puerto Rico, 2000.
5. Medicare Plus Choice Program. Available from: <http://www.hcfa.gov>.