

La economía y la salud en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2

Aproximación al estado vigente en las instituciones públicas de salud de la zona metropolitana de Guadalajara

JAIME LÓPEZ DELGADILLO¹

Introducción

En México ha sido reciente la incorporación de una visión económica de la salud. Esto es significativo ya que en el resto del mundo, principalmente en los países llamados desarrollados, dicha visión ha desempeñado un papel relevante como parte de los cambios que se dan en esas economías. Hoy en México es un tema que comienza a interesar a los profesionales de la salud, a partir de las reformas que la presente administración pública está haciendo al sistema. Las instituciones de salud pública de México, que atendían en el año 2002 a 51.4% de la población mexicana, han emprendido cambios en la atención de la salud, al incorporar la combinación de criterios de “prioridad socialmente percibida”² con la racionalidad económica. Estos cambios son producto de dos factores importantes: la evolución que se ha dado en el mundo, desde los años sesenta, en los sistemas de salud, donde la racionalidad ha sido un elemento fundamental, y la debilidad actual del sistema de salud mexicano para atender a una población que creció de manera exponencial en los años setenta y ochenta, y que al iniciar el siglo XXI comienza un fuerte proceso de envejecimiento.

Al igual que muchos países de América Latina, México ha experimentado un cambio manifiesto en su patrón epidemiológico. Hoy se presentan como principales causas de muerte las ocasionadas por enfermedades cardiovasculares, o las neoplasias malignas por lesiones o metabólicas, cuando en el pasado prevalecían las infecciosas,

-
1. Profesor del Departamento de Economía, Centro Universitario de Ciencias Económico Administrativas. Correo electrónico: Idj3342@cucea.udg.mx.
 2. Así denominada por Julio Frenk et al. (1999) y definida como el criterio establecido por el Estado para beneficio de grupos determinados.

la diarrea o la neumonía. Estas nuevas causas de mortalidad se presentan bajo determinadas características, las más predominantes son la presencia en personas adultas, etapas más prolongadas de la enfermedad y mayores complicaciones, como ocurre en el caso de la diabetes. Por su parte, la morbilidad también ha sufrido cambios fundamentales, prevalecen hoy día las enfermedades identificadas como no transmisibles. Tanto la mortalidad como la morbilidad se enmarcan en formas de vida urbana con implicaciones de mayor presión productiva y social así como un medio ambiente más hostil.

Esta dinámica epidemiológica tiene efectos muy complejos en la demanda y atención de los servicios de salud. Por un lado, requiere de una infraestructura diferente de la que predominaba en los años sesenta y setenta, y por otro, necesita de nuevos medicamentos y tratamientos que exigen la actualización y modernización de los profesionales de la salud.

No obstante la asignación mayor de recursos a la salud, en nuestro país los resultados no son los deseados. Las estadísticas no muestran evidencias de contrarrestar la incidencia de enfermedades crónicas y la presencia de enfermedades como el cáncer, el sida o la diabetes mellitus, las cuales mantienen una prevalencia creciente en nuestra sociedad.

Podemos exponer algunas de las razones que explican esta carencia en materia de salud. Una primera se refiere al notorio incremento de precios en los medicamentos, servicios profesionales y hospitalarios, primordialmente. Otra razón ha sido la incapacidad económica de las instituciones públicas de salud para atender la creciente demanda poblacional de salud, lo que ha obligado a la población a atenderse con sus propios recursos.

Bajo la perspectiva anterior es que se ofrecen al lector los datos más significativos sobre el nivel de salud de los pacientes de diabetes mellitus tipo 2, los costos de atención y algunos datos de los pacientes que se encuentran en tratamiento en las instituciones públicas de la zona metropolitana de Guadalajara (ZMG).³ El presente artículo se basa en una investigación realizada durante el año 2000, cuyos resultados básicos aquí se presentan.

De los resultados que se presentan, los de mayor atracción pueden resultar la medición del estado de salud de los pacientes de diabetes tipo 2, los costos que implica la atención ordinaria de los mismos, así como algunas características personales de los pacientes y que, de acuerdo con la literatura sobre diabetes mellitus, inciden en la calidad de salud de los pacientes. Antes de referir los datos encontrados en la investigación mencionada, hacemos un repaso del estado vigente de esta enfermedad en algunas partes del mundo, para tener una idea sobre la relevancia de esta enfermedad, así como para identificar su grado de avance en el país, lo que representa un reto social con efectos en la vida económica y emocional de muchas de nuestras familias.

3. Se anexa la relación de instituciones incluidas en la muestra, así como la cantidad de pacientes participantes.

Características de la diabetes mellitus

La Organización Mundial de la Salud (2002) define la diabetes mellitus como “una enfermedad crónica causada y/o heredada por deficiencia adquirida en la producción de insulina del páncreas, o por ineficiencia de insulina producida”. Esta enfermedad se caracteriza por la hipoglucemia en ayunas, cuando alcanza el pleno desarrollo, con complicaciones renales y oculares que, principalmente, aparecen después de los cinco o diez años de tratamiento. La diabetes se presenta con diferencias congénitas, ambientales e inmunológicas entre grupos de pacientes, tanto en su historia natural como en su respuesta al tratamiento.

La diabetes ha sido clasificada —según propuesta de la propia Organización Mundial de la Salud en 1980, y revisada en 1985— en cuatro clases clínicas: diabetes mellitus dependiente de insulina (DMID), diabetes mellitus no dependiente de insulina (DMNID), diabetes mellitus relacionada con malnutrición (DMRM) y diabetes asociada con otras situaciones o síndromes. La diabetes mellitus dependiente de insulina (más reconocida como tipo 1) representa la menor cuantía de los diabéticos en el ámbito mundial, con sólo 10%; el número de personas con diabetes mellitus no dependiente de insulina (más reconocida como tipo 2) abarca al resto de los pacientes.

Aunque actualmente están en discusión las características de esta enfermedad, Escobedo y González (1999) señalan algunas singularidades como su incidencia mayor en mujeres que en hombres, así como en personas con edades entre los 30 y los 50 años. Se ha encontrado que los 40 años es la edad crítica para su desencadenamiento.

Un número de pacientes de diabetes mellitus 2, estimado en 30%, la adquieren por causas genéticas. Sin embargo, la literatura clínica expresa que los factores ambientales y estilos de vida influyen con mayor fuerza en su prevalencia y evolución. Bajo determinadas condiciones, la obesidad desempeña un papel a favor de la diabetes, al resistir de forma insistente a la insulina. La deficiencia de la insulina se origina por una inadecuada secreción de la hormona o por la disminución de respuesta tisular, o por ambos factores. Estas condiciones persisten en un mismo paciente por intolerancia a la glucosa, por variaciones fenotípicas —como la obesidad—, por diferencias raciales, o por la edad. Dichos factores y algunos otros más son los que se encuentran actualmente en estudio para establecer su incidencia en la presencia de esta enfermedad o de las complicaciones más severas que representa la diabetes para las personas.

La situación prevaleciente de la diabetes en algunas partes del mundo se presenta en la tabla 1.

Quisiera llamar la atención sobre dos situaciones expresadas en la tabla anterior. La primera, el nivel de la tasa de prevalencia que predomina en el mundo y algunos países, la cual no se relaciona con la situación económica de los mismos. Un país como Estados Unidos presenta mayor prevalencia que Nepal. El segundo es que las estimaciones proyectadas de esta enfermedad tienden a crecer, de no adoptarse las medidas correctivas necesarias.

La situación de México, de Jalisco y la zona metropolitana de Guadalajara se presenta en la tabla 2.

Tabla 1. Prevalencia y proyección de la diabetes en el mundo, por grupos de edad

País	Año	Población > a 20 años (miles)	Tasa de prevalencia	Personas con diabetes según edad (miles)			
				20 - 44	45 - 64	+ de 45	Total
Todo el mundo	1995	3'397,604	4.0	28,642	58,747	47,851	135,286
	2000	3'719,551	4.2	32,608	67,889	53,832	154,392
	2025	5'572,260	5.4	33,874	141,418	104,599	299,974
Estados Unidos	1995	187,607	7.4	2,066	5,599	6,188	13,853
	2000	196,407	7.6	2,126	6,496	6,387	15,009
	2025	244,959	8.9	2,112	8,720	11,060	21,892
Chile	1995	8,834	6.1	121	257	161	539
	2000	9,655	6.5	137	302	185	624
	2025	13,944	8.3	164	564	427	1,154
Nepal	1995	10,389	2.2	91	107	27	225
	2000	11,899	2.2	108	124	32	263
	2025	24,112	2.6	259	304	76	638

Fuente: American Diabetes Association (1998), "Economic consequences of Diabetes Mellitus in us, 1997", en *Diabetes Care*, núm. 21, tablas 4, 5 y 7.

Tabla 2. México: población total y con diabetes mellitus en el ámbito nacional, Jalisco y zona metropolitana de Guadalajara

Concepto	2000		
	México	Jalisco	ZMG
Total **	97'483,412	6'322,002	3'654,117
Población 20 y más años*	54'904,304	3'516,077	2'049,960
Porcentaje	56.30%	55.60%	56.10%
Población estimada con diabetes**	5'770,079	344,927	201,101
Porcentaje			10.50%
Concepto			9.80%
			9.80%
Concepto	2015		
	México	Jalisco	ZMG
Total ***	117'494,347	7'613,346	4'628,914
Población 20 y más años	79'023,556	5'077,923	3'087,486
Porcentaje	67.30%	66.70%	66.70%
Población estimada con diabetes ****	8'444,906	599,195	364,323
Porcentaje	12.50%	11.80%	11.80%

* INEGI (1995), (2000). ** Para México, American Diabetes Association (1998), "Economic consequences of Diabetes Mellitus in us, 1997", en *Diabetes Care*, núm. 21, tablas 4, 5 y 7. Para Jalisco y zona metropolitana de Guadalajara son estimaciones propias, con base en datos de la Secretaría de Salud (1988). *** Consejo Nacional de Población 2000. Estimados para la ZMG a partir de los datos del Consejo Nacional de Población 2000. **** Estimaciones propias con base en datos de la Secretaría de Salud.

Los datos arriba expuestos muestran una mayor incidencia que el promedio mundial y, por tanto, requieren de una atención mayor que en otras partes del planeta. Según las estimaciones, en el futuro la situación puede agravarse si continúa la tendencia prevaleciente. Dos razones fundamentales explican la tendencia prevaleciente: el grado de envejecimiento que está mostrando la población mexicana y las debilidades del modelo de prevención y atención de esta enfermedad, tanto por parte del propio modelo como de las personas en lo individual.

En cuanto a la atención se refiere, Gómez et al. (1999) subrayan la ineficacia de los estudios para una mejor atención a los pacientes. Por un lado, se reconoce la necesidad de intensificar los estudios clínicos —especialmente cuando la enfermedad aparece en pacientes jóvenes—, sin embargo, el sistema de atención se mantiene inalterable, trátase de medicamentos o de servicios médicos. En los estudios que los autores realizan se menciona la necesidad de evaluar un control metabólico más estricto en el deterioro de la función pancreática y sus complicaciones posteriores. A su vez, una parte de las dificultades de la atención recae en la indisciplina y falta de rigor mostrada tanto por médicos como por pacientes durante el tratamiento.

No sólo es preocupante el nivel de prevalencia que esta enfermedad presenta en nuestro país, sino las consecuencias por la presencia de otras enfermedades que se derivan de ésta. Entre las más comunes se pueden mencionar las enfermedades del corazón, la presión alta, amputaciones (principalmente de pies), enfermedades renales o la pérdida de la vista. Ello nos lleva a comprender el fenómeno integral de esta enfermedad por los costos de su tratamiento directo, así como por los costos indirectos y emocionales implícitos.

Para tener una mejor referencia de los costos que implica esta enfermedad, exponemos a consideración del lector algunos datos económicos estimados en Estados Unidos, que nos servirán de referencia.

Tabla 3. Costo en la atención de la diabetes en Estados Unidos, 1997 (millones de dólares)

<i>Condiciones médicas</i>	<i>Hospitalización</i>	<i>Atención médica</i>	<i>Atención en casa</i>	<i>Total*</i>
Diabetes sin complicaciones	1,627	2,985	1,711	6,357
Condiciones generales	14,832	7,136	2,453	24,617
Principales complicaciones:				
Cardiovasculares	6,482	328	767	7,608
Neurológicas	1,045	119	328	1,499
Renales	876	69	101	1,057
Total	27,454	10,890	5,510	44,138

* La suma total no es la de los parciales mostrados porque faltan algunos rubros.

Fuente: American Diabetes Association (1998), "Economic consequences of Diabetes Mellitus in us, 1997", en *Diabetes Care*, núm. 21.

Como queda evidenciado en la tabla anterior, el mayor costo del tratamiento de la diabetes lo representan las complicaciones más que la enfermedad en sí misma.

Infortunadamente, no se cuentan con datos estadísticos o estudios que cubran esta área de costos del tratamiento de la diabetes en nuestro país. Es por ello que se emprendió la presente investigación.

Estado de salud y características de pacientes con diabetes tipo 2 en la ZMG

La información que se proporciona a continuación corresponde a una muestra seleccionada de 348 personas con diabetes tipo 2, las cuales acudían a tratamiento, en el año 200, a instituciones de salud públicas. Las personas seleccionadas fueron mayores de 20 años, y se verificó que no hubieran sido hospitalizadas a causa de la diabetes en los últimos 12 meses, así como que fueran pacientes constantes en acudir al médico.

Los datos obtenidos cubrieron tres ámbitos definidos: uno relacionado con el estado de salud de los pacientes, otro con el costo básico del tratamiento, y un tercero relacionado con algunas características de los pacientes. Las características indagadas buscaron encontrar alguna relación con la calidad de salud de los pacientes. Para ello se dividieron en dos: unas de carácter activo (que los pacientes las pueden manejar) y otras de carácter pasivo (inmodificables por el paciente). Por lo tanto, las características incluidas tienen un fundamento, de explicación o efectos de dicha enfermedad en los pacientes, en la literatura existente sobre diversas evidencias encontradas.⁴

La primera información —nivel de salud— buscó establecer una medición de la calidad de vida diferente para cada paciente de diabetes, a partir de cuatro componentes: un factor clínico⁵ —que valoró el estado de salud de los pacientes desde la perspectiva médica—, una función productiva —la cual evaluaba la capacidad de los pacientes para realizar tareas relacionadas con su actividad productiva—, una función física —que midió el grado de movilidad para realizar sus tareas cotidianas— y, por último, una función emocional —para estimar el nivel de aceptación y sociabilidad que los pacientes presentaban.

Todos los factores mantuvieron una evaluación de 1 a 0, siendo 1 el estado óptimo de salud y 0 el peor estado que podía presentar un paciente. Cabe resaltar que cada componente tuvo una ponderación, siendo la más alta para el factor clínico 60%, los dos siguientes factores 15% cada uno y el último 10%. Estas ponderaciones se hicieron con base en el efecto en el nivel de salud que cada uno representa.

4. Dichas evidencias se presentan en textos o revistas especializadas sobre el análisis económico de la diabetes mellitus.

5. Este factor fue construido con el apoyo de médicos endocrinólogos, para asegurar confiabilidad y precisión en su valoración. La valoración de cada paciente lo hizo el médico que lo atendía.

Tabla 4. Valores promedios de los factores que constituyen la valoración del estado de salud de pacientes diabéticos

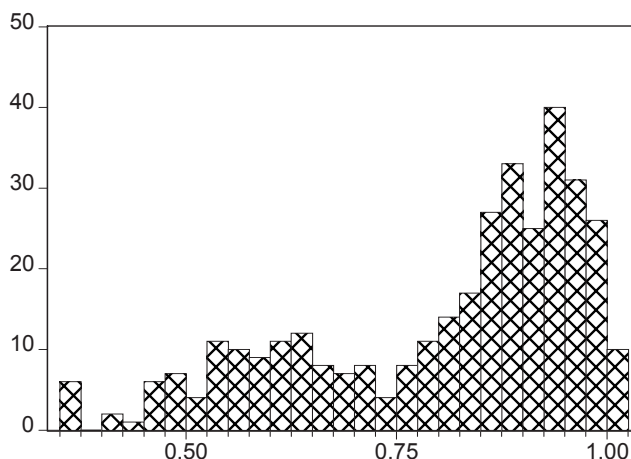
<i>Función</i>	<i>Media aritmética</i>
X 1 Función médica	0.690
Análisis de glucosa*	0.818
Análisis de colesterol	0.828
X 2 Función productiva	0.915
X 3 Función física	0.910
X 4 Función socioemocional	0.858
Valor promedio	0.805

* Su valoración se refiere a los especificados por la norma nacional establecida.

Los resultados requieren una revisión más detallada, ya que una primera visión pareciera contradecirlos. Por un lado, encontramos que los pacientes muestran un factor clínico bajo. Interpretado en términos de la calidad de salud de los pacientes de diabetes, ello representa que muestran alguna de las enfermedades derivadas de ésta y, por lo tanto, su estado de salud tiende a presentar mayores complicaciones en su atención. Sin embargo, la mayoría de ellos aún pueden desarrollar gran parte de sus actividades productivas o cotidianas y los efectos de la enfermedad en sus estados emocionales no se consideran delicados, de tal suerte que incrementen el riesgo de bajas vitales en el nivel de salud. De acuerdo con la tasación establecida, se consideró que los pacientes con una valoración mayor a 0.80 se ubicaban en la mínima presencia de complicaciones y, por tanto, su calidad de salud era aceptable; menor a este valor, se consideró que su calidad de vida presentaba serias complicaciones, las cuales se agravaban en la medida que bajaba la valoración.

Para tener una mejor comprensión del estado de calidad de salud en los pacientes con diabetes representativos de la ZMG, a continuación mostramos un histograma de los resultados obtenidos.

Figura 1. Histograma del nivel de salud de pacientes con diabetes



De acuerdo con lo aquí señalado, el 63.8% de los pacientes muestra una calidad de vida buena, con una valoración mayor a 0.80, en tanto que el resto presenta signos claros de alguna forma de complicación en su salud, como efecto de la presencia de la diabetes. Estos datos nos llevan a prever que a partir del año 2000 cerca de 37% de las personas con diabetes tipo 2 presentarían mayores complicaciones; si a ello sumamos el avance de la edad, se puede esperar que su atención requerirá de mayores recursos de toda clase, así como que esto acarreará una reducción del potencial productivo, así como una carga emocional en el seno de un número importante de las familias de la ZMG.

En el siguiente ámbito se encuentra el costo de la atención médica de diabetes tipo 2. La importancia del análisis de los costos radica en los recursos escasos asignados al tratamiento de esta enfermedad. Dichos costos incluyen la parte proporcional de los servicios de un médico y un asistente, así como la medicación y el análisis de glucosa, cuando fue ofrecido por la institución.

La presente investigación estimó que el costo de un servicio de atención en instituciones públicas fue de \$297.45.⁶ Un primer elemento que salta a la vista es que el costo promedio es bajo, considerando los servicios profesionales y precios de medicamentos en el mercado abierto. Sin embargo, debemos tomar en cuenta que las instituciones de salud compran los medicamentos bajo condiciones especiales: grandes volúmenes, convenios de entregas y sin marcas, que les permiten adquirirlos a precios sin comparación con el mercado. Por otra parte, el pago de médicos y auxiliares, tomando en consideración el número de pacientes que atienden diariamente, es también reducido.

Sin embargo, si apreciamos el rango de los costos entre los diferentes pacientes, encontraremos que alcanza un nivel importante, considerando que se trata de una sola atención, el cual va de un mínimo de \$128.55 hasta un máximo de \$1,021.15. Este último precio se alcanza cuando un paciente recibe medicación que la institución no le provee y, por tanto, la adquiere en el mercado abierto. A su vez, los costos mayores son una expresión del grado de complicaciones que un paciente presenta, por la presencia de otras enfermedades derivadas de la diabetes. Esta consideración viene a demostrar que el mayor gasto que se realiza en la atención de muchas enfermedades crónicas no es el principio de una mejor salud, sino de una baja de calidad en ésta. De ello se deduce que a mayor gasto en prevención de la diabetes, menor será el costo de la atención. No es necesario argumentar que el gasto en prevención de complicaciones estará casi siempre por debajo del nivel que se haga en atención y que la calidad de salud de los pacientes, que es un elemento fundamental, será en general muy superior.

Las evidencias empíricas que dan cuenta del estado de salud y atención de pacientes con diabetes expresan la importancia que revisten las actitudes, positivas y negativas, de los mismos, así como algunas características que afectan directamente la calidad de su salud. En el siguiente cuadro se muestran aquellas de mayor significado para la salud y que fueron indagadas por la investigación realizada.

6. Este mismo costo llevado a precios del año 2003 (considerando una inflación anualizada) es de \$328.27.

Cuadro 1. Actitudes, activas o pasivas, de los pacientes de diabetes que afectan la calidad de su salud

<i>Actitud</i>	<i>Contenido de la actitud</i>
<i>Actitudes activas</i>	
Guardar dieta	Si los pacientes mantienen total, suficiente, reducida o ninguna dieta.
Hacer ejercicio	Si los pacientes realizan cotidiana, seguido, esporádicamente o nunca alguna forma de ejercicio.
Uso de medicamento	Si los pacientes se toman sus medicamentos como le fueron prescritos, en un 100%, 75%, 50%, o 25%.
Grupos de apoyo	Si los pacientes asisten a los grupos de apoyo para personas con diabetes, en forma constante, seguido, esporádicamente o nunca.
Nivel de peso	Establecer el nivel de peso que mantienen los pacientes para compararlo con la norma respectiva, para identificarlo con un peso adecuado o con sobrepeso.
Medicina o tratamiento alternativo	Establecer si toma otra clase de medicamentos alternos a la alopatía y definir cuál es.
Alcohol o tabaco	Si tiene antecedentes o continúa consumiendo alguno de estos productos.
<i>Actitudes pasivas</i>	
Edad	Número de años cumplidos.
Años tratamiento	Número de años que el paciente se reconoce con diabetes.
Género	Si es hombre o mujer.
Estado civil	El estado civil que guarda: casado, soltero, viudo o en unión libre.
Escolaridad	Número de años escolares cubiertos.
Actividad productiva	Si el paciente labora, está jubilado o realiza actividades del hogar.

A continuación, se presentan los resultados de cada una de las actitudes y su relación con la calidad de salud en la atención de la diabetes tipo 2.

Guardar dieta. Los resultados encontrados se presentan en la tabla 5.

Tabla 5. Estado de la dieta que guardan los pacientes de diabetes tipo 2 en tratamiento

<i>Nivel realizado</i>	<i>Núm. de pacientes</i>	<i>% respecto al total</i>
A un 100%	44	12.6%
A un 75%	135	38.9%
A un 50%	128	36.8%
A un 25%	36	10.3%
A un 0%	5	1.4%

Como se puede apreciar en la tabla anterior, 50% de los pacientes mantiene una dieta igual o menor a un 50%. Las evidencias encontradas en la literatura confirman la importancia que representa el guardar una dieta adecuada en el tratamiento de la diabetes. Algunos médicos especialistas en esta enfermedad aseguran, y así lo confirman evidencias, que un paciente que es disciplinado con su dieta controla mejor su nivel de glucosa, lo cual significa una menor cantidad de medicación y menor riesgo de contraer alguna enfermedad generada por la presencia de la diabetes.

Hacer ejercicio. Los resultados encontrados se muestran en la tabla 6.

Tabla 6. Estado de ejercicio que guardan los pacientes de diabetes tipo 2 en tratamiento

<i>Nivel realizado</i>	<i>Núm. de pacientes</i>	<i>% respecto al total</i>
Sí	246	70.7%
No	102	29.3%

Se aprecia que la mayoría de los pacientes practica alguna forma de ejercicio. Esto representa que a más ejercicio la calidad de salud de los pacientes de diabetes mejora notablemente. Tal resultado debe ser consecuencia de la información que los médicos y el sistema de salud han estado difundiendo a favor del ejercicio. Sin embargo, queda mucho por realizar al respecto. Esto es, la cantidad de ejercicio necesario para un mejor efecto de los medicamentos, la clase de ejercicio que debe estar relacionada con la edad y el estado clínico y emocional del paciente. A su vez, el sistema de salud debe insistir en que la mayor parte de los pacientes que no realizan ejercicio se inicien en esta práctica.

Grupos de apoyo. Los resultados obtenidos se presentan en la tabla 7.

Tabla 7. Estado de asistencia a grupos de apoyo que guardan los pacientes de diabetes tipo 2 en tratamiento

<i>Nivel realizado</i>	<i>Núm. de pacientes</i>	<i>% respecto al total</i>
Siempre	18	5.2%
Frecuentemente	12	3.5%
Regularmente	30	8.6%
Esporádicamente	79	22.7%
Nunca	209	60.0%

Ni el sistema de salud ni los pacientes le han dedicado a este aspecto la atención que merece. Se tienen evidencias de las afectaciones emocionales que la diabetes produce en los pacientes, sin embargo, sólo se da tratamiento para controlar la enfermedad. Como se aprecia en la tabla anterior, sólo 8.7% de los pacientes con diabetes de la ZMG acude con frecuencia o siempre a los grupos de apoyo.

Los grupos de apoyo representan una alternativa de tratamiento a los problemas emocionales que deben enfrentar los pacientes de diabetes. Para un paciente de edad avanzada, con ingresos insuficientes y que además no tiene una pareja,⁷ resulta importante contar con el apoyo para sus problemas de índole emocional. De no contar con el apoyo —el sistema de salud así lo reconoce y las evidencias dan prueba de ello—, el peso del tratamiento se concentra en la medicación, sin alcanzar la mejora deseada. Otro elemento que puede ser aprovechado en los grupos de apoyo, que no se planteó

7. La presente investigación incluye muchos de estos casos.

en la investigación, es fortalecer el cambio de actitud en aquellos pacientes que no mantienen una disciplina de vida para convivir de forma adecuada con la diabetes. Por tanto, los grupos de apoyo tendrían una doble tarea: el apoyo emocional y el cambio en la cultura de vida de los pacientes.

Edad. La estructura de edades de los pacientes es como sigue.

Tabla 8. Estructura de edades de los pacientes de diabetes

<i>Rango de edad</i>	<i>Núm. de personas</i>	<i>%</i>
20-44 años	41	11.8%
45-64 años	200	57.5%
65 años en adelante	107	30.7%

La estructura poblacional se encontró tal como se esperaba en la investigación. Sin embargo, no deja de llamar la atención que la mayor parte de los pacientes se localizan entre los 45 y los 64 años de edad. La edad se reconoce como un factor de riesgo para tener mayores complicaciones. La atención médica en lo particular y la de los responsables de la salud deben poner atención especial para prevenir esta situación.

Por otra parte, si relacionamos la edad con la capacidad productiva que deberá afectarse por la presencia de la diabetes, esta baja potencial de la productividad afecta la economía en su conjunto, la de las empresas en lo general y la de las familias en lo particular. Si a este grupo de edad le añadimos los menores de 45 años, entonces podemos comprender el grado de afectación económica que representa esta enfermedad. Por tanto, bajo esta perspectiva ya no son importantes sólo los gastos que la atención de la diabetes requiere, sino también los ingresos que se reducen por tal causa.

Años de tratamiento. La edad añade riesgo para quienes padecen esta enfermedad. La estructura de años de tratamiento se encontró de la siguiente forma.

Tabla 9. Años de tratamiento de pacientes con diabetes

<i>Grupos por años</i>	<i>Número de pacientes</i>	<i>% de participación</i>
44-25	23	6.6%
24-11	97	27.9%
10-5	118	33.9%
4-0.2	110	31.6%

No obstante que la estructura de edades apunta hacia personas mayores de 45 años, la estructura de años con diabetes tiende a ser de poca duración. Un grupo importante de pacientes tiene menos de cinco años con diabetes, lo que implica un bajo riesgo de desarrollar mayores complicaciones por otras enfermedades. Sin embargo, el siguiente grupo de 5 a 15 es cuantioso, lo que conlleva mayores riesgos. García Vigil et al. (1999) sugieren una ponderación mayor para pacientes con diabetes en complicaciones tardías. Esto significa que después de los 10 de prevalencia de diabetes son de esperar mayores complicaciones, por lo que 34% de los pacientes presenta una situación o riesgo de mayor complicación. Este dato se acerca a 37% de los pacientes

que presentaron inicios o fuertes complicaciones en la valoración de la salud realizada, y que se asentó al referirnos a ello al inicio de este apartado.

Estado civil. Aunque no se le considera como factor de análisis en la atención de la diabetes, resulta importante cuando se le relaciona con el estado emocional y, por tanto, con la calidad de salud de los pacientes. Los resultados obtenidos en la investigación son los siguientes.

Tabla 10. Situación de estado civil que guardan los pacientes de diabetes tipo 2 en tratamiento

<i>Nivel realizado</i>	<i>Núm. de pacientes</i>	<i>% respecto al total</i>
Casado	237	68.1%
Soltero	45	12.9%
Viudo	55	15.9%
Separado	5	1.4%
Unión libre	6	1.7%

Como se aprecia en la tabla anterior, más de 30% de los pacientes con diabetes no cuentan con una pareja que los apoye económica o emocionalmente. La experiencia de la vida moderna en nuestra ZMG muestra que la mayoría de las parejas tienen que trabajar, por lo que les quedan pocas energías para atender a otra persona. Así visto, la pareja resulta un elemento importante para afrontar y llevar un patrón de vida acorde a los requerimientos de esta enfermedad. Por tanto, quienes no cuentan con un apoyo de un compañero se encuentran en mayor riesgo de sufrir de complicaciones. Los pacientes que tengan esta limitante deben compensarla con otra actitud o acción positiva que la contrarreste.

Escolaridad. En la literatura educativa se ha registrado que esta preparación formal promueve una mejor valoración de la vida, lo que incluye el aprecio de la propia salud. A continuación, se presentan los resultados de escolaridad en los pacientes de diabetes.

Tabla 11. Estado del grado educativo que guardan los pacientes de diabetes tipo 2 en tratamiento

<i>Nivel</i>	<i>Núm. de pacientes</i>	<i>% respecto al total</i>
Primaria	220	63.2%
Secundaria	36	10.3%
Preparatoria	19	5.5%
Profesional	51	14.7%
Otras	22	6.3%

Un alto porcentaje de los pacientes con diabetes presenta un bajo nivel de educación formal, lo que representa limitada información sobre aspectos básicos relacionados con la salud. De esta suerte, los pacientes tendrán mayor disposición a usar

alternativas al tratamiento médico, dejando de lado la medicación prescrita e incluso las dietas o ejercicios necesarios como parte de un tratamiento amplio. Así mismo, su seguimiento de los diferentes tratamientos será limitado, y dado que sus ingresos son reducidos, dependerán exclusivamente de los medicamentos y análisis que le puedan ofrecer las instituciones públicas.

Como es un factor personal difícil de cambiar, lo recomendable en el caso de los pacientes de diabetes es contrarrestar esta debilidad mediante promover su participación en grupos de apoyo, ofrecerles mayor información sobre las bondades de un tratamiento adecuado, así como que los médicos le otorguen mayor dedicación a estos pacientes en las entrevistas de consultorio.

Consideraciones finales

Dado que la información presentada es sólo una parte de la que fue recabada en la investigación, las consideraciones que se formulan deben ser vistas como parciales y básicas para la comprensión del significado de la diabetes en las personas de la ZMG.

La diabetes tipo 2 es una enfermedad crónica cuyos orígenes de incidencia no han sido esclarecidos de manera precisa y, por tanto, el riesgo de que la desarrolle cualquier persona mayor de 20 años es alto, especialmente en el caso de México. La alarma, en términos de salud pública, es por la alta prevalencia con proyecciones de incremento notable en muchos países, siendo México uno de los más importantes, y por el nivel de complicaciones que genera, al presentarse algunas enfermedades de carácter macrovascular, neuropáticas o la combinación de ambas.

El periodo crítico de incidencia en las personas es entre los 30 y los 50 años de vida. A su vez, se considera que después de 10 de presencia de la diabetes, aparecen algunas de las enfermedades que forman parte de las consideradas como complicaciones. Estas características son comunes para la mayor parte del mundo, por lo que en la ZMG se mantienen sin que a la fecha se presenten condiciones dignas de consideración.

La información presentada en este artículo se obtuvo de una investigación realizada en el año 2000, en la ZMG, dentro de las instituciones públicas de salud, entre pacientes que se encontraban en tratamiento de la diabetes tipo 2, para lo cual tuve el apoyo de los médicos responsables de su atención. Los instrumentos utilizados fueron validados por especialistas en endocrinología y psicología, para mayor confiabilidad en los resultados.

Uno de los primeros datos significativos que se obtuvo fue la valoración de la calidad de salud de los pacientes, cuya representación lleva a establecer que el promedio de dichos pacientes se encuentra en el rango de inestabilidad metabólica, sin presencia de alguna enfermedad colateral. Sin embargo, este promedio se encuentra cerca de la presencia de dichas complicaciones, dadas las características predominantes y que son explicadas en el análisis de las actitudes.

Un siguiente dato se refiere al costo de atención que implica cada visita médica. Se trata del costo directo de la atención, porque del propio análisis de las actitudes

se deriva una cantidad de costos indirectos que no se establecen, porque no fueron tema de la investigación. El resultado más significativo al analizar este dato es que un mayor costo de atención refleja un peor estado de salud, bajo condiciones normales de erogación pública y privada.

La presentación de las actitudes, activas y pasivas, de los pacientes lleva a comprender mejor el estado de calidad de salud de un paciente de Diabetes. Por tanto, su incorporación en el análisis resulta determinante para entender con mayor amplitud la atención médica que recibe un paciente en el tratamiento de esta enfermedad.

Las actitudes que mayor efecto ejercen sobre la calidad de salud de los pacientes de diabetes son el uso de medicación, mantenimiento de dieta, la edad y escolaridad. Factores todos ellos que ya han sido analizados en otros países. Sin embargo, en esta investigación se ha encontrado que la carencia de pareja —ubicada mediante la indagación del estado civil— afecta en gran medida la calidad de salud de los pacientes, sobre todo por sus implicaciones emocionales.

De los planteamientos anteriores se pueden deducir algunas propuestas generales, con la intención de inducir el interés de profesionales y de pacientes en el énfasis de otras características que afectan la salud de los pacientes de diabetes, y que no requieren de mayores recursos. Las primeras experiencias de esta investigación llevan a las siguientes propuestas.

1. Los pacientes de diabetes de la ZMG están en una situación, en términos de promedio, de presentar alguna forma de complicación, por lo que se requiere un seguimiento y atención más precisos, a fin de reducir el riesgo de complicaciones.
2. Un análisis del incremento de los costos en la atención de la diabetes debe llevar al reconocimiento que la calidad de salud de los pacientes ha disminuido en forma importante. Por tanto, para reducir erogaciones en esta enfermedad es necesario llevar a cabo una atención de pacientes con mayor grado de integración. Esto significa que la medicación no es suficiente y que se deben buscar otras áreas, como las de actitud y valoración, para mejorar la calidad de salud en cada paciente. La observancia de los costos directos, por parte de las clínicas de atención médica, no implica que se dejen de lado ni los costos indirectos ni los costos de oportunidad. Estos últimos son significativos para que el sistema de salud inicie un proceso de atención con eficiencia.
3. Un participante en la atención de la diabetes se ha dejado de lado (o cuando menos no se ha generalizado el enfoque sobre él): el paciente. Si no se logra estimular el apego de los pacientes a su tratamiento, los resultados en calidad de salud serán costosos y con un nivel inferior al esperado. El sistema de atención, como parte de la prevención, requiere gastar más hoy para responsabilizar e informar al paciente de diabetes sobre el significado de esta enfermedad y los efectos en la calidad de salud. Los costos de información, motivación y adherencia por parte de los pacientes siempre serán menores que los de hospitalización.
4. En nuestro país, la prevención para reducir la incidencia de pacientes con diabetes es mayor que la prevención para reducir los niveles de complicaciones. El primer aspecto es importante, pero resulta mayor el impacto económico, social

y emocional si a los pacientes con diabetes se les reduce el riesgo de cualquier complicación.

Anexo. Instituciones públicas de salud y número de pacientes donde se aplicó la muestra para la investigación sobre el tratamiento de diabetes

	<u>Número de pacientes</u>
Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	
Hospital regional 110	60
Clínica 55	35
Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)	
Clínica 1	35
Clínica 2	60
Clínica 3	40
Hospital universitario	
Hospital Doctor Juan I. Menchaca	40
Secretaría de Salud Jalisco	
Hospital regional de Zoquipan	20
San Andrés I	35
San Andrés II	35
Tlaquepaque	40

Bibliografía

- American Diabetes Association (1998), "Economic consequences of Diabetes Mellitus in US, 1997", *Diabetes Care*, núm. 21, p. 296-309.
- Ballesteros, Enrique; Concha Bielza Lozoya, Manuel Gómez Olmedo; José Alberto Maldonado Segura y Paloma Ballbé Calatayud (1998), *Economía de la salud; estadística para médicos; clínica asistida por computadora*, Madrid, CIE, Inversiones Editoriales Dossat 2000.
- Ciechanowski, Paul S., Wayne J. Katon, Joan E. Russo y Edward A. Walker (2001), "The Patient-provider Relationship: Attachment Theory and Adherence to Treatment in Diabetes", *The American Journal of Psychiatry*, vol. 158, núm. 1, pp. 29-35.
- Consejo Nacional de Población (2000), *Proyecciones de la población del estado de Jalisco y sus municipios, 1995-2020*.
- Escobedo de la Peña, Jorge y Licerio González Villalpando (1999), "Epidemiología de la diabetes mellitus", *Diabetes mellitus*, México, McGraw-Hill Interamericana, Healthcare Group, pp. 15-28.

- Frenk, Julio, Miguel A. González Block, Felicia Knaul y Rafael Lozano (1999), “La seguridad social en salud: perspectivas para la reforma”, *La seguridad social en México*, México, Fondo de Cultura Económica, Centro de Investigaciones y Docencia Económicas, núm. 88, pp. 35-102.
- Gómez Pérez, Francisco, Jorge Salmerón Castro, Carlos Aguilar Salinas, Alberto Frati, Eduardo García García, Israel Lerman, Cliserio González Villalpando, Ricardo Correa Rotter, María Teresa Tusie y J. A. Rull-Rodrigo (1999): “Diabetes Mellitus”, *Diez problemas relevantes de la salud pública en México*, México, Biblioteca de la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Academia Mexicana de Ciencias, Fondo de Cultura Económica, pp. 167-186.
- Islas Andrade, Sergio (1999), “Complicaciones crónicas: introducción”, *Diabetes Mellitus*, México, McGraw-Hill Interamericana, Healthcare Group, pp. 205-207.
- INEGI (1995), XI Censos Generales de Población y Vivienda, 1995.
- (2000), XII Censos Generales de Población y Vivienda, 2000.
- Williams, Rhys (2000), “Introduction to the Economics of Diabetes Care”, *The Economics of Diabetes Care*, Reino Unido, Blackwell Science Ltd., pp. 1-15.