

COMENTARIOS

Planificación de la nueva ola de investigación del State Children's Health Insurance Program

¿Es el State Children's Health Insurance Program (SCHIP) un éxito pasajero o es el futuro del seguro sanitario de los niños? Su respuesta puede depender de las noticias que usted lea. Los Estados han estado tratando de luchar con los presupuestos ajustados en la economía de la recesión y la "bajada" planificada hace mucho tiempo de los fondos federales para el SCHIP durante los años fiscales 2002 a 2004, por lo que varios Estados han tomado decisiones para limitar su SCHIP a través de una inscripción restrictiva, un incremento de las primas, una limitación de los beneficios y una disminución de las actividades exteriores. Como consecuencia de ello, desde julio a diciembre de 2003 ha transcurrido el primer período desde que el SCHIP fue promulgado en 1997 en el que la inscripción en este programa ha disminuido a escala nacional, lo que se atribuye a descensos importantes en 11 estados y el distrito de Columbia¹.

Por otro lado, durante la última mitad de 2003 un grupo de Estados ha ampliado la elegibilidad para el SCHIP y ha reforzado los beneficios del programa, y la mayoría ha seguido refiriendo aumentos moderados en la inscripción en el SCHIP¹. A pesar de la recesión nacional, que empezó en 2001 y dio lugar a un incremento del desempleo y descensos asociados en la cobertura de los seguros patrocinados por los empresarios para los niños, aumentó la inscripción infantil en el SCHIP y en Medicaid más de lo que compensó la reducción en la cobertura patrocinada por los empresarios². En consecuencia, la tasa de falta de seguro entre los niños de Estados Unidos disminuyó del 15%, en 1997³ (al principio del SCHIP), al 11,4%, en 2003⁴, una reducción atribuible en gran parte a la inscripción en el SCHIP, que fue especialmente importante entre los niños que vivían en hogares con ingresos anuales iguales 2 o 3 veces el umbral de la pobreza, más allá de los límites de elegibilidad de la mayoría de los programas Medicaid.

Los hallazgos de Kempe et al⁵ en este número de *Pediatrics* respecto a la versión en Colorado del SCHIP, Child Health Plan Plus, ofrecen buenas noticias sobre el SCHIP más allá de las estadísticas de inscripción. Las familias refieren tasas más altas de ser capaces de visitar a proveedores para una serie de necesidades rutinarias y de atención aguda, y también refieren una disminución importante de las necesidades de salud no satisfechas. De forma notable, las tasas de atención primaria rutinaria y de visitas a subespecialidades aumentan, mientras que las tasas de atención aguda y visitas de urgencias e ingresos no lo hacen, lo que indica una mayor oportunidad para destacar los servicios preventivos y de acceso a la atención subespecializada con la cobertura con el SCHIP en comparación con las circunstancias previas

de los niños. De forma importante, aunque no sorprendente, con estos cambios, los padres califican la calidad de la atención sanitaria a sus hijos mejor cuando están inscritos en el SCHIP que antes.

El informe de Kempe et al de Colorado sigue a las valoraciones de los programas del SHIP en Florida, Iowa, Kansas, Nueva York y Carolina del Norte⁶⁻¹⁰ llevados a cabo con métodos igualmente rigurosos y que encuentran efectos del programa comparables sobre las medidas de acceso a la atención declarado por los padres y de su calidad. Aunque debemos ser prudentes a la hora de generalizar los hallazgos de los programas de estos estados a las versiones del SCHIP de todos los estados, la consistencia de los efectos del programa en varios estudios sigue un patrón que tenemos que esperar: la presencia de seguro sanitario facilita el acceso a la atención sanitaria. Las comparaciones estáticas de niños no asegurados y asegurados sugiere la existencia de diferencias marcadas en la utilización de las consultas ambulatorias, los servicios de urgencias y la hospitalización¹¹, por su diseño transversal deja abierta la cuestión de si los no asegurados pueden emplear menos servicios a causa de una menor necesidad percibida y no por un acceso inferior a la atención. Por el contrario, los análisis de las iniciativas del SCHIP ilustran mediante comparaciones previas y posteriores que los niños previamente no asegurados presentan una mayor utilización y menos necesidades médicas no satisfechas cuando obtienen la cobertura.

Sin embargo, concluir solamente sobre la base de análisis programáticos favorables⁵⁻¹¹ que el SCHIP "funciona" supondría confundir eficacia con efectividad. El SCHIP mejora el acceso a la atención, pero sólo para los que están inscritos; los niños elegibles para el SCHIP de sus Estados, pero que no están inscritos, no se benefician de los planes. Aunque la tasa de captación del SCHIP (inscripción entre los niños elegibles) ha mejorado con el tiempo, las estimaciones nacionales en 2002 (datos más recientes) son sólo del 60%, tasas sustancialmente más bajas, un 75-80%, para los programas Medicaid típicamente más estigmatizados¹². La analogía en la investigación clínica sería que tenemos un producto que es seguro y efectivo para los niños que lo utilizan, pero el 40% de los pacientes elegibles para tomar la medicación no la toman o dejan de hacerlo cuando ya han empezado. ¿Deberíamos estar satisfechos clínicamente con este fármaco? ¿Deberíamos estar satisfechos con los programas del SCHIP utilizados en estos casos?

En este momento en que la inscripción en el SCHIP ha disminuido porque las limitaciones presupuestarias de los estados han reducido la disponibilidad del progra-

ma para los niños elegibles¹ (clínicamente semejante a un acortamiento de un fármaco), la respuesta a esta pregunta puede ser sí. Sin embargo, a largo plazo, la decisión vinculante del Congreso sobre si reautorizar el SCHIP, y de qué forma, probablemente se basará no sólo en los análisis de cómo se han beneficiado los niños del programa y los efectos atribuibles sobre la salud y la atención sanitaria de los niños, sino también sobre cómo han funcionado los programas de los diferentes estados y cómo se han gastado los dólares federales. El propio SCHIP se beneficiará si la próxima ola de investigación sobre el SCHIP se centra en comparaciones entre Estados en 3 campos: función del programa global y estado fiscal consiguiente, elegibilidad de los adultos y dinámica amplia del niño no asegurado.

Una de las facetas más atractivas del SCHIP, desde la perspectiva de la política pública, es que se deja a discreción de los estados el ajuste de sus programas a las necesidades locales y a las preferencias políticas. Esta discreción ha dado lugar a una importante variación entre Estados en la función del programa con respecto a la inscripción y a la retención de niños elegibles y a la salud fiscal global de los programas, hasta el punto que, mientras que algunos Estados se enfrentan a déficit financieros del SCHIP, otros han dejado más de 10.000 millones de dólares sin gastar en los fondos federales del programa¹³. Las explicaciones de esta variación entre los Estados y las ideas para una posible reconfiguración de la fórmula de asignación de los fondos federales del SCHIP son integrales con el éxito de los esfuerzos futuros del SCHIP y requieren una atención de la investigación inmediata para la preparación de las deliberaciones en el Congreso sobre la reautorización del SCHIP.

Los programas del SCHIP han evolucionado, por lo que algunos Estados han obtenido la dispensa federal para incluir adultos, generalmente padres no asegurados o cuidadores de niños que son elegibles para Medicaid, o para SCHIP, por la premisa (y con alguna evidencia¹⁴) que los padres con cobertura obtienen un mejor acceso a la atención de sus niños. La cobertura de los adultos es un objetivo loable, en general, pero la realidad política de la legislación del SCHIP es que su intención era, y probablemente lo sigue siendo, cubrir a los niños no asegurados. Por otro lado, la cobertura de los adultos no asegurados puede ser una de las estrategias de inscripción más efectivas disponible para el SCHIP, especialmente porque la economía nacional y la de muchos Estados siguen luchando para recuperar puestos de trabajo y seguros sanitarios patrocinados por los empresarios para los adultos. Por tanto, es muy probable que la cobertura de los padres a través del SCHIP se mantenga si las comparaciones entre estados indican que estas iniciativas de cobertura incrementan la inscripción entre los niños elegibles, mejoran la utilización apropiada de los niños de la atención sanitaria, y no amenazan la viabilidad fiscal de los programas a causa de la utilización típicamente mayor de la atención sanitaria por parte de los adultos. Hay que destacar que, en algunos Estados, los fondos del SCHIP se emplean para cubrir a los adultos sin niños; comprender los efectos sobre la cobertura de los niños a través de estas iniciativas, en las que, conceptualmente, la conexión con el estado del seguro infantil es más remota, será aún más importante para mantenerlas bajo la futura legislación del SCHIP.

Finalmente, uno de los aspectos más positivos del SCHIP es cómo ha servido como una fuente principal de cobertura para los niños no asegurados recientemente en los últimos tiempos de desafío económico. Todavía nuestra comprensión colectiva de cómo las familias navegan por las transiciones en el estado del seguro de los niños sigue siendo bastante escasa. La investigación reciente ha ilustrado cómo frecuentemente los niños son sometidos a transiciones de seguros (desde no asegurado a asegurado y viceversa, o de asegurado privadamente a asegurado públicamente) y que los niños que experimentan períodos de no asegurado y de asegurado en un mismo año, con independencia del orden, se parecen más a los no asegurados de forma continuada que a los asegurados de forma seguida con respecto a la atención médica pospuesta¹⁵. Otros investigadores han examinado las barreras al SCHIP a través de los Estados y concluyen que las cuestiones de entrada en el SCHIP como los períodos de espera y las primas reducen la inscripción¹⁶, mientras que la inscripción pasiva ayuda a mantener la participación en el programa¹⁷. Todos éstos son hallazgos agregados, que generalmente indican las tendencias pero que no necesariamente son útiles para clasificar cómo las familias podrían tomar decisiones de forma diferente sobre la inscripción en el programa si los aspectos del SCHIP fueran diferentes en un futuro. La investigación a escala personal y longitudinal que sigue a los niños a lo largo del tiempo durante las transiciones de seguros y ha trazado las implicaciones a corto y a largo plazo de carecer o disponer de cobertura debería aportar luz a ésta y a otras cuestiones pendientes sobre el fenómeno americano del seguro. Sin embargo, esta investigación sería cara y probablemente sólo para surgir del gobierno federal si se puede hacer que la información obtenida de esta investigación intensiva hiciera que los programas funcionasen de forma más efectiva y que los dólares públicos se utilizasen de forma más eficiente.

Si el SCHIP será una memoria marchita o se mantendrá dentro de 10 años, dependerá de la evidencia creciente sobre su eficacia. Los que apoyan el SCHIP y sus compromisos para los niños deben ser conscientes de sus posibles argumentos críticos sobre el fracaso para incluir individuos elegibles y la implementación de una programa no uniforme en los estados, y para actuar ahora reforzando nuestra comprensión colectiva sobre cómo la segunda década del SCHIP podría basarse en el éxito y minimizar los conflictos de la primera década.

MATTHEW M. DAVIS, MD, MAPP
Child Health Evaluation and Research Unit, Division of
General Pediatrics, Division of General Internal Medicine, and
Gerald R. Ford School of Public Policy; University of
Michigan, Ann Arbor, Michigan.

BIBLIOGRAFÍA

1. Smith VK, Rousseau DM, O'Malley M. SCHIP program enrollment: December 2003 update [citado 28 Ago 2004]. Disponible en: www.kff.org/medicaid/loader.cfm?url=/commonspot/security/getfile.cfm&PageID=44443
2. Holahan J, Ghosh A. The economic downturn and changes in health insurance coverage, 2000-2003 [citado 28 sep.

- 2004]. Disponible en: www.kff.org/uninsured/loader.cfm?url=/commonspot/security/getfile.cfm&PageID=46827
3. US Census Bureau. Statistical abstract-persons with and without health insurance coverage, by state; 1997 [citado 28 Ago 2004]. Disponible en: www.census.gov/prod/99pubs/99statab/sec03.pdf
4. US Census Bureau. Income stable, poverty up, numbers of Americans with and without health insurance rise, Census Bureau reports [citado 28 Ago 2004]. Disponible en: www.census.gov/Press-Release/www/releases/archives/income-wealth/002484.htm
5. Kempe A, Beaty BL, CRane LA, et al. Changes in access, utilization, and quality of care after enrollment into a state child health insurance plan. *Pediatrics*. 2005;115:357.
6. Slifkin RT, Freeman VA, Silberman P. Effect of the North Carolina State Children's Health Insurance Program on beneficiary access to care. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2002;156:1223-9.
7. Fox MH, Moore J, Davis R, Heintzelman R. Changes in reported health status and unmet need for children enrolling in the Kansas Children's Health Insurance Program. *Am J Pub Health*. 2003;93:579-82.
8. Damiano PC, Willard JC, Momany ET, Chowdhury J. The impact of the Iowa S-SCHIP program on access, health status, and the family environment. *Ambul Pediatr*. 2003;3:263-9.
9. Szilagyi PG, Dick AW, Klein JD, Shone LP, Zwanziger J, McNemy T. Improved access and quality of care after enrollment in the New York State Children's Health Insurance Program (SCHIP). *Pediatrics*. 2004;113(5): Disponible en: www.pediatrics.org/cgi/content/full/113/5/e395
10. Dick AW, Brach C, Allison RA, et al. SCHIP's impact in three states: how do the most vulnerable children fare? SCHIP improved access to and satisfaction with care for all enrollees, even the most vulnerable. *Health Aff (Millwood)*. 2004;23:67-75.
11. Simpson L, Zedet MW, Chevarley FM, Owens PK, Dougherty D, McCormick M. Health care for children and youth in the United States: 2002 report on trends in access, utilization, quality, and expenditures. *Ambul Pediatr*. 2004;4:131-3.
12. Selden TM, Hudson JL, Banthin JS. Tracking changes in eligibility and coverage among children, 1996-2002. *Health Aff (Millwood)*. 2004;23:39-50.
13. Park E, Broaddus M. Congress can preserve \$1.1 billion in expiring children's health insurance funds and help avert SCHIP cutbacks [citado 1 Oct 2004]. Disponible en: www.cbpp.org/8-31-04/health.htm
14. Dubay L, Kenney G. Expanding public health insurance to parents: effects on children's coverage under Medicaid. *Health Serv Res*. 2003;38:1283-302.
15. Aiken KD, Freed GL, Davis MM. When insurance status isn't static: insurance transitions for low-income children and implications for health and health care. *Ambul Pediatr*. 2004;4:237-43.
16. Kronebusch K, Elbel B. Enrolling children in public insurance: SCHIP, Medicaid, and state implementation. *J Health Polit Policy Law*. 2004;29:451-89.
17. Dick AW, Allison RA, Haber SG, Brach C, Shenkman E. Consequences of states' policies for SCHIP disenrollment. *Health Care Financ Rev*. 2002;23:65-88.